



**GARANTIE
ACCIDENTS
DE LA VIE**



Conditions générales

REF : FRGAV02DGA - 06-2016

frontassur
l'assurance des frontaliers

SOMMAIRE

| | |
|---|-----------|
| Lexique | 4 |
| 1. Objet du contrat | 6 |
| 1.1 Les personnes assurées | 6 |
| 1.2 Période de garantie | 6 |
| 1.3 Les événements garantis | 6 |
| 1.4 Les préjudices indemnisés | 7 |
| 1.5 Les limites de garantie | 8 |
| 1.6 Territorialité | 9 |
| 2. Les exclusions | 10 |
| 3. Le sinistre | 11 |
| 3.1 Vos obligations | 11 |
| 3.2 Procédures d'évaluation des postes de préjudice indemnisables | 11 |
| 3.3 Quand et comment est payée l'indemnité ? | 13 |
| 3.4 Subrogation | 14 |
| 4. La vie du contrat | 15 |
| 4.1 Formation – Durée – Résiliation | 16 |
| 4.2 Vos déclarations et leurs conséquences | 16 |
| 4.3 La Cotisation | 16 |
| 5. Dispositions diverses | 19 |
| 5.1 Loi applicable - Tribunaux compétents | 19 |
| 5.2 Langue utilisée | 19 |
| 5.3 Prescription | 19 |
| 5.4 Assurances cumulatives | 20 |
| 6. Information de l'assuré | 21 |
| 6.1 Médiation | 21 |
| 6.3 Démarchage à domicile | 21 |
| 6.4 Vente à distance | 22 |
| Annexe 1 – Convention d'assistance | 23 |

Votre contrat Garantie Accidents de la Vie se compose des deux éléments suivants :

Les présentes Dispositions Générales

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

Les Dispositions Particulières

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

LEXIQUE

ATTEINTE À L'INTÉGRITÉ PHYSIQUE ET PSYCHIQUE (AIPP)

Réduction définitive (après consolidation), médicalement constatable, du potentiel physique, psychosensoriel et/ou intellectuel résultant de l'atteinte à l'intégrité anatomo-physiologique, à laquelle s'ajoutent les souffrances physiques et psychiques permanentes, la perte de qualité de vie et des troubles dans les conditions d'existence au quotidien (personnelles, familiales et sociales).

BARÈME DROIT COMMUN

Barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité, publié par « Le Concours Médical », dans sa parution la plus récente au jour de l'évaluation de l'incapacité auquel se réfèrent les médecins-experts pour établir le taux d'invalidité fonctionnelle dont est atteinte la victime d'un accident, indépendamment de toute répercussion professionnelle.

BÉNÉFICIAIRE EN CAS DE DÉCÈS

Toute personne physique justifiant, du fait d'une relation non professionnelle, avoir subi un préjudice direct du fait du décès d'un Assuré.

CONSOLIDATION

La consolidation est la date à partir de laquelle l'état de santé d'un assuré est reconnu compte tenu des connaissances médicales et scientifiques comme ne pouvant plus être amélioré par traitement.

DÉFICIT FONCTIONNEL PERMANENT

Préjudice découlant de l'atteinte à l'intégrité physique et/ou psychique permanente médicalement constatée, dans ses incidences non économiques, touchant exclusivement à la sphère personnelle de la victime.

DOMMAGES CORPORELS

Toute atteinte physique subie par une personne.

ÉCHÉANCE ANNIVERSAIRE

Date de début d'une période annuelle d'assurance. Elle figure aux Dispositions Particulières.

MALADIE

Toute altération pathologique de la santé constatée par une autorité médicale compétente et n'ayant pour origine ni un accident, ni le fait volontaire de l'Assuré ou d'un tiers.

Les infarctus, les hernies, les lumbagos, les sciatiques, les chocs émotionnels et les grossesses à caractère pathologique sont considérés comme des maladies.

NOUS

L'Assureur ou les sociétés auxquelles il aurait délégué la gestion de certaines garanties.

PROCHES EN CAS DE DECES

Pour les postes de préjudices indemnisables en cas de décès de l'Assuré, sont considérés comme proches, dans l'ordre de priorité défini ci-après :

- 1) son conjoint non séparé de corps ou de fait, ou la personne vivant maritalement avec lui, ou son partenaire dans le cadre du Pacte Civil de Solidarité (PACS),
- 2) ses enfants légitimes, naturels ou adoptifs et ceux de son conjoint,
- 3) ses parents,
- 4) ses petits-enfants,
- 5) ses frères et sœurs.

SOUSCRIPTEUR

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

TAUX D'ATTEINTE A L'INTEGRITE PHYSIQUE ET/OU PSYCHIQUE (Taux d'AIPP)

Taux d'AIPP déclenchant la garantie.

VEHICULE TERRESTRE A MOTEUR

Tout véhicule automoteur destiné à circuler sur le sol et qui peut être actionné par une force mécanique sans être lié à une voie ferrée et dont la conduite est réglementairement soumise à une obligation d'assurance au titre des dommages causés aux tiers.

Est assimilée à un véhicule terrestre à moteur toute remorque même non attelée.

VOUS

Selon les cas, le souscripteur ou les personnes assurées.

1. OBJET DU CONTRAT

Ce contrat a été conçu pour vous protéger dans le cas où vous seriez victime de dommages corporels à la suite d'un événement accidentel survenu dans le cadre de votre vie privée.

1.1 Personnes assurées

Selon la formule indiquée sur vos Dispositions Particulières, les personnes assurées sont :

Formule « Solo »

- Le souscripteur,

Formule « Famille »

- le souscripteur
- son conjoint non séparé de corps ou de fait, ou la personne vivant maritalement avec lui, ou son partenaire dans le cadre du Pacte Civil de Solidarité (PACS)
- les enfants légitimes, naturels ou adoptifs du souscripteur et de son conjoint, à savoir :
 - les enfants mineurs qui habitent ou non le foyer du souscripteur
 - les enfants majeurs célibataires, âgés de 18 à 26 ans, qui habitent ou non le foyer du souscripteur, sous condition qu'ils poursuivent des études secondaires ou supérieures y compris dans des filières d'apprentissage, ou en contrat en alternance ou par correspondance
 - les enfants handicapés physiques ou mentaux titulaires d'une carte d'invalidité et fiscalement à la charge du souscripteur ou à celle de son conjoint

Limitations à la qualité d'Assuré :

- **Tenant au lieu de résidence** : les personnes assurées désignées ci-dessus ne peuvent être garanties par le présent contrat qu'à la condition d'avoir leur résidence principale en France ou à Monaco, à moins qu'il ne s'agisse d'enfants effectuant des études à l'étranger.
- **Tenant à l'âge de l'Assuré** : si, au jour de la souscription du contrat, l'âge de l'Assuré est supérieur à 66 ans, la qualité de personne assurée cessera de lui être acquise au plus tard à la date de la première échéance anniversaire du contrat qui suivra son 75^e anniversaire.

1.2 Période de garantie

Pour chaque personne assurée, la période de garantie débute au plus tôt lors de la prise d'effet du contrat et au plus tard lors de l'acquisition de la qualité de personne assurée.

Elle prend fin par l'intervention du premier des éléments suivants :

- la perte de la qualité de personne assurée prévue au paragraphe « Limitations à la qualité d'Assuré » de l'article 1.1 « Les personnes assurées » ci-dessus ;
- la résiliation du contrat, quelle qu'en soit la cause.

1.3 Les événements garantis

Sous réserve que l'accident (fait générateur) ayant provoqué des dommages corporels se soit produit pendant la période de garantie de l'Assuré ou pour un accident médical survenu après le 1^{er} janvier 2000, que les dommages se manifestent pour la 1^{ère} fois pendant la période de garantie de l'Assuré, le présent contrat couvre les accidents corporels mentionnés ci-après.

Est considéré comme accident toute action, réaction ou résistance d'un élément extérieur à l'Assuré et résultant d'un événement soudain, imprévu et qui est extérieur à ce dernier ou, s'il n'est pas extérieur, qui est involontaire.

Est considéré comme accidentel tout dommage résultant d'un accident.

Ne sont pas considérés comme accidentels les dommages causés intentionnellement par l'Assuré ou résultant de son état de santé antérieur.

Est considérée comme corporelle toute atteinte de l'assuré qui entraîne son décès ou son incapacité.

Sont également considérés comme des dommages corporels les dommages résultant de :

- l'électrocution, l'hydrocution, la noyade,
 - les gelures, les insolation, ou l'asphyxie survenant par suite d'un élément extérieur,
 - l'empoisonnement, l'intoxication due à l'absorption par erreur de substances vénéneuses ou corrosives ou d'aliments avariés.
- Les lésions internes, telles que hernies, accidents cardio-vasculaires, sont assimilées à des atteintes corporelles garanties à la condition qu'elles résultent d'un choc provoqué par un agent extérieur à l'Assuré.

1.3.1 Les accidents de la vie privée

Il s'agit des accidents survenus à l'occasion de toutes activités exercées à titre privée et plus précisément d'activités domestiques, touristiques, scolaires, de loisirs ou sportives exercées dans ce cadre.

Sont également garantis :

- Les accidents dont vous pourriez être victime en qualité de conducteur d'un fauteuil roulant ou d'une tondeuse autoportée ;
- Les accidents dont vous pourriez être victime en votre qualité de piéton, cycliste lors d'un accident de la circulation survenu à l'étranger et qui implique un véhicule terrestre à moteur.
- les accidents survenus pendant toute la durée des études ou des stages non rémunérés que les enfants assurés effectuent à l'étranger ;
- les accidents survenus lors de la pratique d'un sport en qualité d'amateur non rémunéré, à titre personnel ou dans un club (avec ou sans délivrance d'une licence sportive), de façon régulière ou occasionnelle.

Ces événements sont garantis sous réserve des exclusions prévues au chapitre « Les Exclusions ».

1.3.2 Les accidents subis lors d'événements exceptionnels

Ces événements exceptionnels sont les catastrophes naturelles et technologiques, les émeutes et mouvements populaires.

1.3.3 Les accidents dus à des attentats, actes de terrorisme, infractions et agressions

Sont garanties les conséquences subies par l'assuré suite à un attentat, acte de terrorisme, une infraction ou une agression (tels que définis réglementairement) dès lors que l'assuré victime n'a pas pris part intentionnellement à ceux-ci.

1.3.4 Les accidents médicaux

Aux termes du présent contrat, sont considérées comme accident médical les conséquences anormales, dommageables pour la santé de l'Assuré, indépendantes de son état antérieur et de l'évolution de l'affection en cause, d'actes chirurgicaux, de prévention, de diagnostic, d'exploration ou de traitements pratiqués par des médecins et auxiliaires médicaux ou par des praticiens autorisés à exercer par la réglementation du pays dans lequel a lieu l'acte, lorsque cet acte est assimilable à ceux référencés dans la nomenclature générale des actes professionnels.

Les infections nosocomiales, définies comme celles apparaissant au cours ou à la suite d'une hospitalisation et qui étaient absentes lors de l'admission dans l'établissement de soins, sont également considérées comme des accidents médicaux.

Le contrat couvre les dommages dont la première manifestation est intervenue entre le jour de prise d'effet du contrat et sa résiliation, pour tout accident médical dont le fait générateur est postérieur au 1er janvier 2000.

Dans tous les cas, la première manifestation des dommages doit avoir été inconnue de l'Assuré ou du bénéficiaire avant la souscription du contrat et la prise d'effet de la garantie.

1.4 Les préjudices indemnisés

1.4.1 Le principe d'indemnisation

La garantie revêt un caractère indemnitaire conforme aux règles du droit commun français.

Elle vise à réparer les postes préjudices énumérés à l'article « les postes de préjudices indemnisables » ci-après.

1.4.2 Les postes de préjudices indemnisables

Les seuls postes de préjudices décrits ci-après sont indemnisables dans la limite des plafonds de garantie prévus au chapitre « Les Limites de garanties ».

Ils sont évalués sur la base du Barème Droit Commun.

En cas d'événement garanti entraînant un taux d'AIPP supérieur ou égal à celui mentionné aux Dispositions Particulières, les préjudices suivants, médicalement justifiés, sont indemnisés :

- Les préjudices économiques permanents ; ils sont évalués selon les règles du droit commun et déterminés après consolidation des blessures :
 - **pertes de gains professionnels futurs**, correspondant à la perte ou la diminution des revenus de l'Assuré, consécutive à son incapacité permanente partielle ou totale de travailler et résultant soit de la perte de l'emploi antérieurement exercé, soit de l'obligation d'exercer un emploi à temps partiel, sans tenir compte des frais de reclassement professionnel, de formation ou de changement de poste.
 - **frais d'assistance permanente par une tierce personne**, correspondant aux frais engagés ou à engager par l'assuré afin de bénéficier de l'assistance d'une tierce personne du fait d'une atteinte à l'intégrité physique et/ou psychique permanente entraînant une perte de son autonomie et la mettant dans l'obligation de faire appel à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie courante.

- **frais d'aménagement du domicile et/ou du véhicule**, correspondant aux frais engagés par l'assuré afin d'aménager son domicile et/ou son véhicule du fait d'une Atteinte à l'Intégrité Physique ou Psychique permanente nécessitant de tels aménagements.
- Les préjudices non économiques temporaires subis avant consolidation des blessures
 - **souffrances endurées**, consistant dans les douleurs physiques, psychiques ou morales subies du fait de l'accident et jusqu'à la date de consolidation des blessures
- Les préjudices non économiques permanents subis après consolidation des blessures
 - **le déficit fonctionnel permanent**, correspondant au préjudice découlant de l'atteinte à l'intégrité physique et/ou psychique permanente médicalement constatée, dans ses incidences non économiques, touchant exclusivement à la sphère personnelle de la victime.
 - **préjudice esthétique**, correspondant aux disgrâces physiques consécutives à un accident et subsistant définitivement après la consolidation des lésions,
 - **préjudice d'agrément**, correspondant à l'impossibilité ou à la difficulté définitive pour l'Assuré de poursuivre de manière aussi régulière et soutenue qu'avant l'accident, les activités sportives, artistiques, culturelles ou de loisirs pratiquées antérieurement.
 - **préjudice sexuel**

En cas d'événement garanti entraînant un taux d'AIPP de l'Assuré inférieur à celui mentionné aux Dispositions Particulières, sont indemnisés les préjudices non économiques suivants, dès lors que leur niveau est médicalement qualifié au moins de « modéré », c'est-à-dire est évalué à 3 ou plus sur une échelle de 1 à 7 :

- Temporaires, subis avant consolidation des blessures : les souffrances endurées, consistant dans les douleurs physiques, psychiques ou morales subies du fait de l'accident et jusqu'à la date de consolidation des blessures,
- Permanents, subis après consolidation des blessures : le préjudice esthétique permanent, correspondant aux disgrâces physiques consécutives à un accident et subsistant définitivement après la consolidation des lésions.

En cas d'événement garanti entraînant le décès de l'Assuré :

En cas de décès de l'Assuré directement imputable à un événement garanti, et survenant immédiatement après l'accident garanti ou dans le délai d'un an après celui-ci, nous versons au(x) bénéficiaire(s) une indemnité, au titre des postes de préjudices suivants :

- de **la perte de revenus des proches**, correspondant à la perte ou la diminution de revenus exclusivement liée au décès de l'Assuré,
- des **frais d'obsèques** et de sépulture assumés par les proches de la victime à la suite de son décès et qui ont fait l'objet d'une facture,
- les **frais divers des proches**, correspondant aux frais de transports, d'hébergement et de restauration engagés par les proches du fait du décès de l'assuré.
- du **préjudice d'affection**, correspondant aux souffrances affectives ressenties par le ou les bénéficiaires en raison du décès de l'Assuré.

1.5 Les limites de garantie

1.5.1 Les plafonds de garantie

Les indemnités accordées au titre des différents postes de préjudices indemnisables sont calculées selon le principe indemnitaire dans les limites exposées au présent paragraphe.

En cas d'événement garanti entraînant le décès de l'assuré ou une AIPP permanente de l'Assuré supérieure ou égale au seuil mentionné aux Dispositions Particulières :

- Pour un même événement, **le cumul des indemnités versées** ne peut excéder, tous postes de préjudices confondus, **1 million d'euros par victime**.
- **Les frais d'aménagement du domicile et du véhicule** médicalement nécessaires sont pris en charge à concurrence d'un **plafond de 100 000 euros**, par victime et par événement.
- **Les frais funéraires** sont remboursés à concurrence d'un **plafond de 5 000 euros**, par Assuré décédé.
- **Les frais divers des proches** sont remboursés à hauteur de **500 euros maximum** par Assuré décédé.

En cas d'événement garanti entraînant une AIPP permanente de l'Assuré dont le taux est inférieur à celui mentionné aux Dispositions Particulières :

Pour chaque poste de préjudice indemnisable (souffrances endurées et/ou préjudice esthétique), **les indemnités versées ne peuvent excéder 6000 Euros**.

1.5.2 Les indemnités minimales :

En cas d'événement garanti entraînant le décès de l'Assuré, le montant de l'indemnité versée au titre de l'ensemble des postes de préjudices indemnifiables (perte de revenu et frais divers des proches, frais d'obsèques et de sépulture, préjudice d'affection) et pour l'ensemble des bénéficiaires, **ne pourra pas être inférieure à 45 000 Euros.**

1.6 Territorialité

La garantie s'exerce pour tous les événements garantis survenus :

- En France métropolitaine, dans les départements, régions et collectivités d'Outre-Mer, dans les principautés d'Andorre ou de Monaco,
- dans les territoires des États membres de l'Union Européenne,
- en Suisse, en Islande, au Liechtenstein, à Saint Marin, au Vatican ou en Norvège ;
- dans le reste du monde **pour les voyages et les séjours n'excédant pas une durée continue de trois mois ;**
- dans le monde entier, **pendant toute la durée des études ou des stages non rémunérés que les enfants assurés effectuent à l'étranger.**

2. LES EXCLUSIONS

Sont exclus du bénéfice des garanties les bénéficiaires qui ont intentionnellement provoqué l'évènement garanti ou participé volontairement à la réalisation de celui-ci.

Dans tous les cas, est exclue la perte de revenus liée aux conséquences indirectes du décès sur les bénéficiaires.

Sont exclus les dommages corporels :

- intentionnellement causés ou provoqués par l'Assuré ou avec sa complicité ;
- consécutifs à un pari entraînant une prise de risque inconsidérée de la part de l'assuré ;
- résultant de la participation volontaire de l'Assuré à un crime, un délit, à un acte de vandalisme, à une agression, émeute, attentat, acte de terrorisme, à des mouvements populaires ou à une rixe ne relevant pas d'un cas de légitime défense ou d'assistance à personne en danger ;
- subis à l'occasion d'activités professionnelles, d'activités rémunérées ou dans l'exercice de fonctions publiques, électives ou syndicales ou d'accidents de trajets tels que définis par le Code de la Sécurité sociale ;
- résultant de la pratique rémunérée de sports ou de la pratique de sports à titre professionnel ;
- causés par une maladie, ses suites et ses conséquences, n'ayant pas pour origine un accident garanti ;
- survenant alors que l'Assuré est sous l'emprise de stupéfiants non prescrits médicalement, de médicaments de nature à modifier son comportement, ou d'un état alcoolique correspondant à une infraction relevant du Code de la route en vigueur en France, sauf s'il est établi que l'accident est sans rapport avec cet état ;
- résultant de la conduite par l'Assuré d'un véhicule terrestre à moteur autre qu'un fauteuil roulant électrique ou une tondeuse autoportée ;
- subis par l'Assuré alors qu'il était passager d'un véhicule terrestre à moteur à deux, trois ou quatre roues ;
- résultant d'un accident de circulation impliquant un véhicule terrestre à moteur, à l'exception des accidents survenus à l'étranger lorsque l'assuré a la qualité de piéton ou de conducteur d'une bicyclette.
- résultant d'expérimentations biomédicales ;
- occasionnés par une guerre civile ou étrangère ;
- dus aux effets directs ou indirects d'une explosion, d'un dégagement de chaleur, d'une irradiation provenant de la transmutation de noyaux d'atomes ou de la radioactivité, ou de radiations provoquées par l'accélération artificielle de particules.

3. LE SINISTRE

Pour les sinistres relevant des garanties d'Assistance, l'ensemble des règles applicables, y compris les délais et les modalités de déclaration sont indiqués dans les chapitres relatifs à ces garanties.

3.1. Vos obligations

3.1.1. Que devez-vous faire en cas de sinistre ?

Vous devez :

- nous informer de la survenance de l'événement assuré (sinistre) **dans les 5 jours ouvrés** à partir du moment où vous en avez eu connaissance.
Par dérogation, en cas de décès, le ou les bénéficiaires doi(ven)t nous le déclarer dans les 30 jours ouvrés à compter de la date à laquelle ils en ont eu connaissance.

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

- nous déclarer, **dans les 10 jours qui suivent votre déclaration de sinistre, toutes autres assurances** à caractère indemnitaire qui peuvent permettre la réparation de tout ou partie des préjudices garantis par le présent contrat.
- nous transmettre **dès réception** tous avis, correspondances ou actes judiciaires se rapportant au sinistre. Ces déclarations sont à adresser par écrit à

Frontassur Assurances,
Service sinistres
20, rue Eugène Ruppert
L-2453 Luxembourg

3.1.2. Quels renseignements devez-vous nous faire parvenir ?

Dans votre déclaration de sinistre, vous devez préciser :

- le lieu, les causes et circonstances de l'accident,
- les conséquences connues ou supposées,
- les noms et adresses des témoins, s'il y a lieu,

et nous fournir dès que vous en disposerez :

- tous les documents nécessaires à l'évaluation des dommages et au calcul des indemnités que nous pourrions être amenés à vous verser ; tels que les certificats médicaux dont vous disposez déjà ou qui vous seraient fournis par la suite ;
- en cas de décès : l'acte de décès, une fiche familiale d'état-civil, un certificat médical précisant la cause du décès et, si besoin l'origine de cette cause, une copie du rapport de police ou de gendarmerie s'il en a été établi un.

Sous peine de réduction du droit à indemnité proportionné au préjudice que ce manquement nous aurait causé, vous ou vos ayants droit devrez nous fournir tous documents et vous soumettre à toute expertise que nous solliciterons.

L'assuré ou le bénéficiaire d'une indemnité qui emploie ou produit intentionnellement des moyens, documents, ou déclarations inexacts ou frauduleux sera déchu de tout droit à garantie pour le sinistre en cause.

3.2. Procédure d'évaluation des postes de préjudice indemnissables

3.2.1. Expertise médicale et contrôle

L'appréciation des préjudices subis par l'Assuré sera effectuée, à nos frais par un médecin de notre choix, chaque fois que cela est nécessaire afin d'évaluer le préjudice. Ce médecin doit avoir libre accès auprès de l'Assuré et peut lui demander tout renseignement ou document qu'il juge utiles. Dans le cas où l'Assuré ne peut se déplacer, le médecin missionné doit avoir accès à son lieu de résidence.

Sauf opposition justifiée, l'Assuré ne saurait se prévaloir du secret médical pour refuser de répondre aux demandes de notre expert.

Sous peine de déchéance, l'Assuré devra lui communiquer ces informations, soit directement sous pli confidentiel soit par l'intermédiaire de son médecin, et se soumettre à toute expertise médicale éventuelle.

L'Assuré doit toujours indiquer à l'assureur l'adresse où il peut être joint et signaler tout changement d'adresse.

En cas d'accident survenu hors de France, l'Assuré est tenu de faire éléction de domicile en France pour toute contestation d'ordre médical ou pour toute action judiciaire survenant à l'occasion d'un sinistre.

L'organisation et le résultat de l'expertise ci-dessus ne préjugent pas de l'application de la garantie ni du droit à indemnisation.

De convention expresse, l'assuré nous reconnaît le droit de subordonner la mise en jeu de la garantie au respect de la présente procédure d'expertise.

En cas de refus de l'assuré de participer aux opérations d'expertise, nous pourrions nous opposer à la mise en jeu de la garantie.

3.2.2. Le déroulement de l'expertise médicale

En cas d'incapacité permanente directement imputable à un évènement garanti :

Le taux d'AIPP subsistant après la consolidation des blessures est évalué par un médecin expert suivant la procédure exposée ci-avant.

Outre une éventuelle vérification de la cause de l'accident et de son caractère accidentel avec les dommages constatés, le médecin expert apprécie si vous avez, du fait de l'accident garanti, besoin de l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes essentiels de la vie courante. Il en fixe la durée et la nature.

Le médecin expert qualifie et quantifie les souffrances endurées (pretium doloris) jusqu'à la date de consolidation des blessures et l'éventuel préjudice esthétique.

Il donne un avis médical sur la répercussion des séquelles dans l'exercice des activités sportives ou de loisirs effectivement pratiquées antérieurement à l'accident.

Lors de l'expertise médicale, l'Assuré peut se faire assister par un médecin de son choix dont les frais et honoraires resteront à sa charge exclusive.

3.2.3. En cas de désaccord

En cas de désaccord sur les conclusions du médecin expert que nous avons désigné, le différend est soumis à une expertise amiable avant tout recours à la voie judiciaire.

Chacun de nous choisit un médecin expert devant régler le différend.

À défaut d'accord entre eux, ceux-ci s'adjoignent un troisième expert et tous trois opèrent en commun et à la majorité des voix.

À défaut de nomination d'un expert par l'un d'entre nous dans les 15 jours de la mise en demeure par l'autre partie, ou à défaut d'accord entre les médecins experts sur le nom du tiers expert, la désignation est effectuée par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de la victime.

Cette nomination est faite sur simple requête signée des deux parties ou de l'une d'entre elles, l'autre partie étant alors convoquée par lettre recommandée.

Les trois médecins opèrent en commun et à la majorité des voix.

Chaque partie paie les frais et honoraires de l'expert qu'il a désigné.

Les honoraires du tiers expert sont supportés à parts égales par les deux parties.

3.2.4. La détermination des indemnités

Dans tous les cas, les indemnités sont évaluées en fonction du taux déterminé par expertise et par référence au Droit Commun, qui s'entend des règles applicables en France pour l'évaluation des préjudices corporels selon le principe indemnitaire (et non forfaitaire) qui prend en compte la situation personnelle de l'assuré et/ou du bénéficiaire (sexe, âge, activité professionnelle, revenus, situation familiale, personnes à charge...) et se réfère aux indemnités habituellement allouées aux victimes par les tribunaux français.

Dans tous les cas, elles sont évaluées dans la limite des plafonds de garantie prévus au chapitre « Les limites de garantie. »

En cas d'Aggravation de l'état séquellaire de l'assuré victime directement imputable à un évènement garanti, de nature à modifier les conclusions médicales qui ont servi de base à l'indemnisation initiale, vous aurez droit à une nouvelle indemnisation a minima lorsqu'une différence de taux d'atteinte à l'intégrité physique et/ou psychique est constatée. L'indemnisation doit prendre en compte le différentiel du dommage évalué sur la base de la valeur obtenue après aggravation.

Deux cas sont possibles :

- soit le taux d'atteinte à l'intégrité physique et/ou psychique était inférieur au seuil de déclenchement de la garantie, mais suite à l'aggravation le taux d'atteinte à l'intégrité physique et/ou psychique dépasse ce seuil, alors la victime doit être indemnisée pour la globalité de son préjudice et non pas le seul différentiel.
Il est rappelé qu'y compris en cas d'aggravation, le cumul des indemnités successives ne pourra en aucun cas dépasser le plafond de garantie prévu au Chapitre « Les limites de garantie » au jour de l'accident.
- soit l'Assuré a été indemnisé une première fois car son taux d'atteinte à l'intégrité physique et/ou psychique dépassait le seuil de déclenchement ; il doit alors recevoir un complément égal au différentiel multiplié par le coût du point d'atteinte à l'intégrité physique et/psychique final (calcul droit commun).
Y compris en cas d'aggravation, le cumul des indemnités successives ne peut pas dépasser le plafond de garantie prévu au Chapitre « Les limites de garantie » au jour de l'accident.

En cas de décès de l'Assuré

Les éventuelles pertes de revenus des proches et les préjudices d'affection subis par le(s) bénéficiaire(s) sont évalués conformément au présent chapitre.

Les frais d'obsèques et de sépulture réellement déboursés par les proches pour les obsèques de l'Assuré décédé sont évalués, sur présentation des factures acquittées.

Si le décès de l'assuré ouvrant droit au paiement d'indemnités survient après paiement de tout ou partie d'une indemnité au titre d'AIPP permanente subie par l'assuré avant son décès et relevant du même fait générateur, les indemnités dues au titre de la garantie décès seront versées déduction faite des sommes déjà réglées au titre des préjudices subis. Si ces indemnités sont supérieures à celles qui auraient été dues au titre du décès, elles restent acquises aux bénéficiaires.

Non-cumul des prestations

Nous vous indemnisons toujours sous déduction des prestations versées par les organismes sociaux ou de tous tiers payeurs au titre des postes de préjudices pris en charge par le présent contrat.

Notre indemnisation ayant un caractère indemnitaire, elle ne se cumule pas avec les autres prestations de caractère indemnitaire perçues ou à percevoir par l'Assuré ou les bénéficiaires au titre des mêmes chefs de préjudices, d'un tiers responsable et/ou de son assureur, de tout tiers payeur ou d'un fonds de garantie et notamment de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM), du Fonds de garantie des victimes d'acte de terrorisme et d'autres infractions (FGTI) ou du Fonds de garantie des assurances obligatoire de dommages, ou de tout autre organisme.

Vous vous engagez à porter à notre connaissance ces prestations dès qu'elles sont notifiées par leur débiteur et qu'elles ont été acceptées par vous. Elles viennent en déduction de l'indemnité due et nous vous versons un complément s'il y a lieu.

Si nous avons déjà réglé l'indemnité due au titre du présent contrat et que celle-ci compensait intégralement votre préjudice, les dispositions du chapitre «Subrogation» s'appliqueront.

3.3. Quand et comment est payée l'indemnité ?

Offre d'indemnisation

Lorsque la garantie est acquise, et sous réserve que la victime ou les bénéficiaires nous aient communiqué l'état des prestations perçues ou à percevoir dans ce délai, nous vous adresserons une offre définitive d'indemnisation dans un délai de trois mois suivant la date à laquelle nous avons été informés de la consolidation ou du décès de l'Assuré.

Dans le cas où la consolidation n'est pas intervenue dans un délai de huit mois suivant la déclaration de l'accident, et si le médecin expert estime que le taux d'AIPP permanente directement imputable à l'accident garanti sera au moins égale au seuil d'AIPP permanente mentionné sur vos Dispositions Particulières, une offre provisionnelle vous sera faite dans le mois suivant la réception par nos soins du rapport de l'expertise médicale.

Paiement de l'indemnité

Le paiement des sommes convenues sera effectué dans un délai d'un mois à partir de la réception de votre acceptation de l'offre.

L'indemnité est versée sous forme de capital à l'Assuré victime ou, s'il s'agit d'un enfant mineur, à ses représentants légaux sur un compte bloqué au nom de l'enfant.

Si l'Assuré a déclaré bénéficiaire d'autres contrats d'assurance à caractère indemnitaire susceptibles de permettre réparation de tout ou partie des postes de préjudices garantis par le présent contrat, les dispositions du paragraphe « Assurances Cumulatives » du Chapitre « Dispositions Diverses » dans LA VIE DU CONTRAT s'appliqueront.

3.4. Subrogation

Conformément à la réglementation en vigueur, nous sommes subrogés, jusqu'à concurrence des indemnités versées, dans les droits et actions de l'Assuré ou des bénéficiaires contre tout responsable de l'accident et son assureur à hauteur des sommes que nous avons versées au titre du présent contrat.

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

4. La vie du contrat

4.1. Formation – Durée – Résiliation

4.1.1. Effet du contrat et des garanties

Les garanties prennent effet à la date indiquée dans vos Dispositions Particulières sous réserve de l'encaissement effectif et de l'absence de renonciation au mode de paiement par mandat SEPA de la première cotisation, et au plus tôt le jour suivant la date de conclusion du contrat à 0 heure.

4.1.2. Durée du contrat

Le contrat est conclu pour la durée initiale indiquée aux Dispositions Particulières. Il se renouvelle d'année en année par tacite reconduction à chaque échéance anniversaire, sauf résiliation par l'une des parties ou de plein droit.

4.1.3. Résiliation du contrat

Le contrat peut être résilié par vous* (article L113-14 du Code des assurances) :

- soit par déclaration faite contre récépissé au siège de l'Assureur ou chez l'intermédiaire désigné aux Dispositions Particulières ;
- soit par Lettre Recommandée ;
- soit par Acte extrajudiciaire.

Le contrat peut être résilié par nous par lettre recommandée adressée à votre dernier domicile connu.

Dès lors, il peut être mis fin au contrat dans les circonstances et conditions décrites ci-après.

Par Vous et Nous

- Faculté annuelle de résiliation (article L113-12 du Code des assurances). Cette résiliation doit être mise en œuvre au plus tard 2 mois avant l'échéance anniversaire prévue aux Dispositions Particulières et prendra effet le jour de cette échéance à 0 heure.
- Changement de domicile, de situation matrimoniale, de profession, retraite ou cessation d'activité professionnelle lorsque le contrat a pour objet la garantie de risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle (article L113-16 du Code des assurances) ; La demande de résiliation doit être formulée dans les 3 mois qui suivent la date de l'événement en cause et prendra effet un mois après l'envoi du courrier de résiliation.

Par Vous

- En cas d'augmentation de tarif pour des motifs à caractère technique ; Vous pouvez résilier votre contrat dans le mois qui suit la date où vous avez eu connaissance de cette augmentation. La résiliation prendra alors effet 1 mois après l'envoi de la lettre de résiliation et la part de cotisation pour la période effective de garantie restant due, sera calculée sur la base du tarif précédent.
- En cas de diminution du risque, si nous ne réduisons pas votre cotisation en conséquence (article L113-4 du Code des assurances) ; Vous pouvez résilier dès que vous avez eu connaissance de notre refus de réduire votre cotisation ; cette demande prendra effet 1 mois après l'envoi de la lettre de résiliation.
- En cas de résiliation par nous d'un autre de vos contrats après sinistre (article R113-10 du Code des assurances) ; Vous pouvez résilier le présent contrat dans le mois qui suit l'envoi de notre lettre de résiliation de cet autre contrat ; le cas échéant la résiliation prend effet 1 mois après l'envoi de la lettre de résiliation.

Par Nous

- En cas de non-paiement des cotisations (article L113-3 du Code des assurances) ; Conformément au § « Quand devez-vous payer la cotisation ? » ; la résiliation intervient 40 jours après l'envoi de notre lettre de Mise en Demeure.
- En cas d'aggravation du risque (article L113-4 du Code des assurances) ;
- en cas d'omission ou d'inexactitude des déclarations à la souscription ou en cours de contrat constatée avant tout sinistre (Art L113-9 du Code des assurances) ;
- suite à un sinistre (article R113-10 du Code des assurances). Nous pouvons résilier le contrat par lettre recommandée ; la résiliation intervient alors 1 mois après l'envoi de la lettre de résiliation.

Résiliation de plein droit

- Retrait total de l'agrément de notre société ; La résiliation intervient le 40ème jour à midi après la publication du Journal Officiel de l'arrêté prononçant le retrait de l'agrément administratif de notre société.
- Plus aucune personne assurée ne remplit les conditions requises pour la qualité d'Assuré (ex.: ne réside plus en France) ; La résiliation produit ses effets au jour où la dernière personne assurée cesse de remplir lesdites conditions.

4.2. Vos déclarations et leurs conséquences

4.2.1. Vos Déclarations :

Le contrat est établi d'après vos réponses aux questions que nous vous avons posées, rappelées aux Dispositions Particulières et la cotisation est fixée en conséquence.

À la souscription du contrat

Vous devez avoir répondu exactement à l'ensemble de nos questions et demandes de renseignements. Les réponses à nos questions sont reproduites dans les Dispositions Particulières du contrat.

En cours de contrat

Vous devez nous déclarer par écrit, dans les 15 jours qui suivent la date à laquelle vous en avez eu connaissance, tout événement qui rendent inexacts ou caduques les réponses à nos questions reproduites aux Dispositions Particulières.

L'inobservation de ce délai, si elle nous cause un préjudice, entraîne la perte de tout droit aux garanties liées à la modification, ou l'application des règles relatives aux omissions ou fausses déclarations.

Si ces modifications constituent une aggravation de risques, nous pouvons :

- soit résilier le contrat dix jours après sa notification, avec remboursement de la cotisation afférente à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru
- soit vous proposer un nouveau montant de cotisation. Dans ce cas, si dans le délai de 30 jours à compter de notre proposition, vous n'y donnez pas suite ou la refusez expressément, nous pourrions résilier le contrat,

Si ces modifications constituent une diminution de risque, nous diminuerons la cotisation en conséquence ; à défaut, vous pouvez résilier le contrat moyennant un préavis de 30 jours, et nous vous rembourserons la portion de cotisation afférente à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru (article L113-4 du code des assurances).

Par suite de modification du risque

Les modifications du contrat résultant de vos déclarations sont régies par le chapitre « Les déclarations et leurs conséquences ».

Il peut s'agir d'une aggravation ou d'une diminution du risque ou de l'adjonction d'un nouveau risque.

Ces modifications donnent lieu à l'établissement d'un avenant précisant sa date d'effet ainsi que les nouvelles conditions contractuelles.

Cet avenant précisera également si la cotisation est modifiée et quel en est alors le nouveau montant

.

4.2.2. Modification à l'initiative de l'Assureur

À chaque échéance anniversaire, nous pouvons vous proposer de modifier le contrat, la modification consistant notamment en une majoration des cotisations (conformément au chapitre « La cotisation »), une révision des franchises ou la modification des garanties.

Dans ce cas, vous serez informé par écrit des modifications apportées ou susceptibles d'être apportées à vos droits et obligations, avant la date prévue de leur prise d'effet.

Les modifications s'appliqueront lors du renouvellement du contrat sous réserve de votre consentement.

Votre consentement peut être prouvé par tout moyen de droit.

De convention expresse, ce consentement est réputé acquis par le paiement sans réserve de la cotisation faisant suite à ces modifications, de même qu'en cas de prélèvement bancaire n'ayant soulevé ni réserve ni opposition de votre part auprès de nous dans les trente jours suivant son exécution.

En cas de refus d'une modification, vous pouvez demander la résiliation du contrat dans les 30 jours à compter de l'envoi de notre proposition, la résiliation prenant effet à la date d'échéance anniversaire du contrat

4.3. La Cotisation

La cotisation globale est fixée aux Dispositions Particulières. Elle est exprimée en euros, et comprend la cotisation nette (afférente au risque) hors taxe, les frais accessoires ou coûts fixes, les taxes et les charges parafiscales. Elle est fixée d'après vos réponses aux questions que nous vous avons posées reproduites aux Dispositions Particulières et tient compte de la formule que vous avez choisie.

La cotisation totale est due par le souscripteur.

Seule la part de cotisation nette et les taxes correspondantes ainsi que les charges parafiscales récupérables auprès des administrations concernées peuvent faire l'objet d'un remboursement en cas d'avenant, notamment en cas de résiliation autre que pour non-paiement, entraînant une ristourne.

4.3.1. Variation de la cotisation

En cours de période d'assurance, la cotisation peut varier en cas de modifications du contrat, notamment en cas de changement de formule ou de modification du taux d'atteinte à l'intégrité physique et/ou psychique. L'avenant de modification précise alors le montant de la cotisation supplémentaire ou de la ristourne.

Il sera fait application conforme des dispositions réglementaires modifiant le taux ou l'assiette de la taxe sur les conventions d'assurance ou instaurant ou modifiant une charge parafiscale.

4.3.2. Modification du tarif

Si pour des raisons techniques, nous modifions le tarif applicable au présent contrat, la cotisation est calculée en fonction du nouveau tarif dès la première échéance annuelle qui suit cette modification.

Dans ce cas, vous pouvez résilier le contrat dans les conditions énoncées à l'article « 4.1.3 Résiliation du Contrat ».

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

De convention expresse, le paiement de la cotisation majorée vaut acceptation irrévocable de la majoration proposée.

La possibilité de résiliation ci-dessus ne s'applique pas en cas d'augmentation des taxes et charges parafiscales ou de tout autre élément de la cotisation qui serait ajouté en application de dispositions légales.

4.3.3. Paiement de la cotisation

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

Le paiement de la cotisation est effectué auprès de l'organisme auquel nous avons délégué l'encaissement :

Frontassur Assurances,
20, rue Eugène Ruppert
L-2453 Luxembourg

Ou auprès de tout autre organisme que nous indiquerions lui avoir substitué.

Le paiement de la cotisation s'exécute annuellement par chèque, ou mensuellement par prélèvement bancaire.

Le changement de périodicité de paiement est possible à chaque échéance anniversaire du contrat, sous réserve que la demande nous parvienne 2 mois à l'avance.

Le paiement et l'encaissement de cotisations inexactes ou partielles ne sauraient valoir délivrance ou maintien des garanties.

4.3.4. Conséquences du non-paiement de la cotisation :

À défaut du paiement de votre cotisation dans ce délai, nous adresserons à votre dernier domicile connu, une lettre recommandée de mise en demeure qui entraînera :

- la suspension des garanties de votre contrat si vous ne payez pas l'intégralité de la cotisation totale restant due à l'expiration d'un délai de 30 jours,
- la résiliation du contrat si le paiement de l'intégralité de la cotisation totale restant due n'est toujours pas intervenu dans les dix jours suivants la suspension.

Dans ce cas, la portion de cotisation relative à la période postérieure à la date d'effet de la résiliation nous sera acquise à titre de dommages et intérêts et nous pourrions en poursuivre le recouvrement. S'y ajouteront les frais de recouvrement et les intérêts de retard qui seront à votre charge.

Après mise en demeure, le paiement doit être effectué à notre Siège ou auprès de tout mandataire que nous aurions chargé du recouvrement.

L'encaissement de la prime postérieurement à la résiliation ne vaut pas renonciation à se prévaloir de la résiliation déjà acquise. Toute renonciation à une résiliation (acquise ou non) et toute remise en vigueur éventuelle du contrat restent soumis à notre accord exprès, matérialisé par un avenant de remise en vigueur.

4.3.5. Paiement fractionné de la cotisation

Si vous avez souhaité régler votre cotisation par prélèvement, celui-ci sera mis en œuvre selon un échéancier mensuel. Celui-ci cessera dès qu'un prélèvement sera refusé par votre établissement bancaire.

L'intégralité de la cotisation annuelle, déduction faite des fractions de cotisation déjà réglées, sera alors immédiatement exigible.

Le mode de paiement annuel sera alors prévu pour les cotisations ultérieures.

En cas de non-paiement du solde de la cotisation, nous pourrions en poursuivre le recouvrement comme indiqué au paragraphe « 4.3.4 Conséquences du non-paiement de la cotisation ».

4.3.6. Résiliation du contrat en cours de période d'assurance ?

En cas de résiliation du contrat en cours de période d'assurance pour un motif autre que le non-paiement des cotisations, la réalisation du risque, ou l'annulation du contrat pour fausse déclaration, la part de cotisation correspondant à la période non courue vous sera restituée ainsi que les taxes y afférentes.

En revanche, les charges parafiscales non remboursables ainsi que les frais accessoires fixes seront conservés.

La ristourne sera calculée en tenant compte de l'ensemble des primes émises au titre du contrat, que celles-ci aient été encaissées ou non. Si des primes demeurent impayées, la ristourne sera prioritairement réglée par compensation avec ces primes et nous pourrons poursuivre le recouvrement d'un éventuel solde après compensation.

5. DISPOSITIONS DIVERSES

5.1. Loi applicable - Tribunaux compétents

Les relations précontractuelles et contractuelles sont régies par le droit français.

Toute action judiciaire relative au présent contrat relèvera de la seule compétence des juridictions françaises.

5.2. Langue utilisée

La langue utilisée dans le cadre des relations contractuelles et précontractuelles est la langue Française.

5.3. Prescription

Conformément aux articles L114-1, L114-2, et L114-3 du code des assurances, toute action 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 fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;
- 2° En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

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

Pour les contrats d'assurance sur la vie, notwithstanding les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré.

(Article L114-1)

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité. (Article L114-2)

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" (Article L114-3)

Conformément à la "Section 3 : Des causes d'interruption de la prescription » du Code civil :

« La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription. (Article 2240)

La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion.

Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure. (Article 2241)

L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance. (Article 2242)

L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée. (Article 2243)

Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée. (Article 2244)

L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers.

En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette

interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu.

Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers. (Article 2245)

L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution." (Article 2246).

5.4. Assurances cumulatives

Conformément à l'article L121-4 du Code des assurances, lorsque plusieurs assurances pour un même intérêt, contre un même risque, sont contractées sans fraude par un même souscripteur, chacune d'elles produit ses effets dans les limites des garanties du contrat quelle que soit la date à laquelle elle a été souscrite, sans que l'indemnité ainsi due ne puisse excéder le préjudice subi. Dans ces limites, et comme prévu au point 3 « Règles de non cumul des prestations » de l'article « Comment sont évalués les Préjudices ? » du Chapitre « Le Sinistre » vous pouvez vous adresser à l'Assureur de votre choix.

Lorsque ses assurances sont contractées de manière dolosive ou frauduleuse, les sanctions prévues à l'article L 121-3 du Code des assurances (nullité du contrat ainsi que dommages et intérêts) sont applicables.

6. INFORMATION DE L'ASSURE

6.1 Médiation

En cas de difficulté de l'assuré avec l'assureur, si la réponse de son interlocuteur habituel ne le satisfait pas, l'assuré peut adresser sa réclamation au siège social de l'assureur.

Si le désaccord persiste après la réponse du siège social, l'assuré peut sans préjudice pour lui d'intenter une action en justice, demander l'avis du médiateur : les conditions d'accès à ce médiateur lui seront communiquées sur simple demande faite au siège social de l'assureur.

Nous vous précisons cependant que le Médiateur ne peut être saisi qu'après que notre cellule qualité a été saisie de votre demande et y a apporté une réponse.

La saisine du médiateur n'est possible que dans la mesure où votre demande n'a pas été soumise à une juridiction.

Examen des réclamations

Pour toute question relative à la gestion de votre contrat, vos cotisations ou encore vos sinistres, adressez-vous prioritairement à votre interlocuteur habituel qui est en mesure de vous fournir toutes informations et explications.

Si vous ne recevez pas une réponse satisfaisante, vous pouvez adresser une réclamation écrite (mentionnant les références du dossier concerné et accompagnée d'une copie des éventuelles pièces justificatives) à :

CMAM
Service Qualité
22, rue du Docteur Nève – BP 56
55001 Bar Le Duc cedex

Nous accuserons réception de votre demande dans les 10 jours de sa réception et vous préciserons le délai prévisible de traitement de celle-ci.

Si vous avez souscrit votre contrat par le biais d'un intermédiaire et que votre demande relève de son devoir de conseil et d'information ou concerne les conditions de commercialisation de votre contrat, votre réclamation doit être exclusivement adressée à cet intermédiaire.

La procédure ci-dessus ne s'applique pas si une juridiction a été saisie du litige que ce soit par vous ou par nous.

6.2. Démarchage à domicile

Conformément à l'article L112-9 du Code des assurances, « toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités ».

Le contrat est réputé conclu au jour de la signature de la demande de souscription.

Le délai de renonciation expire donc le quatorzième jour à 24 heures qui suit le jour de signature de la demande de souscription. S'il expire un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il n'est pas prorogé.

Si les conditions précitées sont réunies, et sous réserve des autres dispositions de l'article L112-9 du Code des assurances, vous pouvez renoncer au présent contrat en adressant votre demande de renonciation par lettre recommandée avec avis de réception à :

Frontassur Assurances,
20, rue Eugène Ruppert
L-2453 Luxembourg

L'exercice de cette faculté de renonciation entraîne la résiliation du contrat à compter de la date de réception de la lettre recommandée.

Si vous exercez cette faculté de renonciation, vous ne pouvez être tenu qu'au paiement de la partie de prime correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru.

Toutefois, l'intégralité de la prime reste due à l'Assureur si vous exercez votre faculté de renonciation alors qu'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat et dont vous n'avez pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.

Nous attirons votre attention sur le fait que vous perdez cette faculté de renonciation si vous avez connaissance d'un sinistre survenu pendant le délai de quatorze jours précités.

La demande de renonciation peut être faite suivant le modèle de lettre inclus ci-contre.

Modèle de lettre de renonciation Démarchage à domicile

| |
|--|
| Nom _____ Prénom _____ Adresse _____ N° du contrat : XXXXXXXX ACCIDENTS DE LA VIE Montant de la cotisation déjà acquitté _____ € |
| Messieurs, Conformément aux dispositions de l'article L112-9 du Code des assurances, j'entends par la présente renoncer au contrat d'assurance cité en références que j'ai souscrit en date du _____. Je souhaite donc qu'il soit résilié à compter de la date de réception de la présente lettre. Je vous prie d'agréer, Messieurs, l'expression de mes salutations distinguées. Fait à _____ le _____, |
| Signature du Souscripteur |

6.3. Vente à distance

Les dispositions ci-après s'appliquent aux contrats exclusivement conclus à distance au sens des articles L112-2-1 du Code des Assurances, c'est-à-dire, exclusivement conclus au moyen de « une ou plusieurs techniques de communication à distance jusqu'à, et y compris, la conclusion du contrat ».

Droit de renonciation

Conformément à l'article L 112-2-1 II du Code des assurances, le souscripteur peut renoncer au présent contrat dans un délai de 14 jours calendaires révolus à compter de la date de sa conclusion ou à compter du jour où le souscripteur reçoit les conditions contractuelles et les informations, conformément à l'article L.121-28 du code de la consommation, si cette dernière date est postérieure à celle de la conclusion du contrat.

Si le souscripteur a demandé que le contrat commence à être exécuté avant l'expiration du délai de renonciation, l'assureur sera alors en droit de conserver une fraction de la cotisation que le souscripteur a réglée correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru.

La demande de renonciation doit être adressée à :

Frontassur Assurances,
20, rue Eugène Ruppert
L-2453 Luxembourg

et peut être faite suivant le modèle de lettre inclus ci-dessous.

Modèle de lettre type de renonciation en cas de vente à distance

| |
|---|
| Nom _____ Prénom _____ Adresse _____ N° du contrat : XXXXXXXX ACCIDENTS DE LA VIE Montant de la cotisation déjà acquitté _____ € |
| Messieurs, Conformément aux dispositions de l'article L 112-2-1 du Code des assurances, j'entends par la présente renoncer au contrat d'assurance cité en références que j'ai souscrit en date du _____. Je souhaite donc qu'il soit résilié à compter de la date de réception de la présente lettre. Je vous prie d'agréer, Messieurs, l'expression de mes salutations distinguées. Fait à _____ le _____, |
| Signature du Souscripteur |

Annexe 1 – Convention assistance

Sommaire

| | |
|---|-----------|
| Préambule | 24 |
| 1. Généralités | 24 |
| 1.1. Objet | 24 |
| 1.2. Définitions des personnes intervenant au titre du contrat | 24 |
| 1.3. Définitions des notions utilisées dans le contrat | 24 |
| 2. Conditions et modalités d'application de la convention d'assistance | 25 |
| 2.1. Conditions d'application | 25 |
| 2.2. Titres de transport | 25 |
| 2.3. Nature des déplacements couverts | 25 |
| 2.4. Etendue territoriale | 25 |
| 3. Modalités d'intervention | 25 |
| 4. Prestations d'assistance aux personnes en déplacement | 26 |
| 4.1. Quelques conseils pour votre déplacement | 26 |
| 4.2. Transport / rapatriement | 26 |
| 4.3. Retour d'un/des accompagnant(s) bénéficiaire(s) | 27 |
| 4.4. Avance sur frais d'hospitalisation (Etranger uniquement) | 27 |
| 4.5. Remboursement complémentaire des frais médicaux (Etranger uniquement) | 27 |
| 4.6. Présence hospitalisation | 28 |
| 4.7. Prolongation de séjour d'un accompagnant bénéficiaire | 29 |
| 4.8. Frais de secours sur piste | 29 |
| 5. Prestations d'assistance aux bénéficiaires en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation (France uniquement) | 29 |
| 5.1. En cas d'Hospitalisation de plus d'un jour ou d'Immobilisation de plus de 3 jours d'un Bénéficiaire à la suite d'un Accident | 29 |
| 5.2. En cas d'hospitalisation ou d'immobilisation de plus de 15 jours consécutifs | 30 |
| 6. Exclusions | 32 |
| 7. Limitations en cas de force majeure ou autres événements assimilés | 33 |
| 8. Circonstances exceptionnelles | 33 |
| 9. Cadre contractuel | 33 |
| 9.1. Prise d'effet et durée de la couverture | 33 |
| 9.2. Subrogation | 33 |
| 9.3. Prescription | 33 |
| 9.4. Fausses déclarations | 34 |
| 9.5. Déchéance pour déclaration frauduleuse | 34 |
| 9.6. Cumul des garanties | 34 |
| 9.7. Réclamations – Litiges | 34 |
| 9.8. Autorité de contrôle | 34 |
| 9.9. Informatique et libertés | 34 |

Préambule

La présente convention d'assistance constitue les Conditions Générales du contrat d'assistance FRONTASSUR ASSURANCES GAV.

Elle détermine les prestations qui seront garanties et fournies par EUROP ASSISTANCE, entreprise régie par le code des assurances aux Bénéficiaires du contrat FRONTASSUR ASSURANCES GAV.

1. Généralités

1.1. Objet

La présente convention d'assistance FRONTASSUR GAV a pour objet de préciser les droits et obligations réciproques d'EUROP ASSISTANCE et des Bénéficiaires définis ci-après.

1.2. Définitions des personnes intervenant au titre du contrat

1.2.1. FRONTASSUR ASSISTANCE

Désigne EUROP ASSISTANCE, Société Anonyme au capital de 35 402 786 euros, Entreprise régie par le Code des assurances, immatriculée au registre du commerce et des sociétés de Nanterre sous le numéro 451 366 405, sise 1 promenade de la Bonnette, 92230 GENNEVILLIERS.

Dans la présente convention d'assistance, FRONTASSUR ASSISTANCE, est remplacé par le terme « Nous ».

1.2.2. Assuré

Désigne la personne physique, résidant en France métropolitaine ou en Principauté de Monaco, ayant souscrit un contrat d'assurance « Frontassur Garantie Accidents de la Vie » auprès de Frontassur.

1.2.3. Bénéficiaire

Désigne l'Assuré et son conjoint, pacsé ou concubin notoire vivant sous le même toit que lui, ainsi que les personnes suivantes, à la condition qu'elles soient rattachées au foyer fiscal de l'Assuré et/ou de son conjoint, pacsé ou concubin notoire :

- les enfants célibataires âgés de moins de 25 ans, vivant sous le même toit que l'Assuré ;
- les enfants célibataires âgés de moins de 25 ans, ne vivant pas sous le même toit que l'Assuré mais poursuivant des études secondaires ou supérieures y compris dans des filières d'apprentissage, en contrat en alternance ou par correspondance ;
- les enfants handicapés physiques ou mentaux, quel que soit leur âge, titulaires d'une carte d'invalidité.

Désigne également les petits-enfants de l'Assuré et/ou de son conjoint, âgés de moins de 18 ans, pendant le temps où ils sont confiés à ces derniers.

Dans la présente convention d'assistance les Bénéficiaires sont désignés par le terme « Vous ».

1.3. Définitions des notions utilisées dans le contrat

1.3.1. Accident

Désigne toute lésion corporelle médicalement constatée atteignant le Bénéficiaire, provenant de l'action violente, soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

1.3.2. Domicile

Désigne le lieu de résidence principale et habituelle du Bénéficiaire en France. Son adresse figure sur son dernier avis d'imposition sur le revenu.

1.3.3. Etranger

Désigne l'un des pays listés à l'article 2.4.1. « Etendue Territoriale » ci-après, à l'exception de la France.

1.3.4. France

Désigne la France métropolitaine et la Principauté de Monaco.

1.3.5. Franchise

Désigne la partie du montant des frais restant à la charge du Bénéficiaire.

1.3.6. Hospitalisation

Désigne toute admission justifiée par un bulletin d'hospitalisation dans un centre hospitalier (hôpital ou clinique), prescrite par un médecin, consécutive à un Accident et comportant au moins une nuit sur place.

1.3.7. Immobilisation

Désigne l'incapacité (totale ou partielle) physique à se déplacer constatée par un médecin, faisant suite à un Accident et nécessitant le repos au Domicile. Elle devra être justifiée par un certificat médical ou selon le Bénéficiaire concerné, par un arrêt de travail circonstancié.

2. Conditions et modalités d'application de la convention d'assistance

2.1. Conditions d'application

FRONTASSUR ASSISTANCE intervient à la condition expresse que l'événement qui l'amène à fournir la prestation demeurerait incertain au moment du départ.

Notre intervention ne saurait se substituer aux interventions des services publics locaux ou de tous intervenants auxquels nous aurions l'obligation de recourir en vertu de la réglementation locale et/ou internationale.

2.2. Titres de transport

Lorsqu'un transport est organisé et pris en charge en application des clauses du présent contrat, le Bénéficiaire s'engage soit à réserver à FRONTASSUR ASSISTANCE le droit d'utiliser les titres de transport qu'il détient soit à rembourser à FRONTASSUR ASSISTANCE les montants dont il obtiendrait le remboursement auprès de l'organisme émetteur de ce titre.

2.3. Nature des déplacements couverts

Les prestations d'assistance décrites dans la présente convention s'appliquent :

- en France, au cours de tout déplacement privé ou professionnel,
- à l'Etranger, au cours de tout déplacement privé ou professionnel, d'une durée n'excédant pas 90 jours consécutifs.

S'agissant plus particulièrement des Bénéficiaires âgés de moins de 25 ans et effectuant un séjour à l'Etranger pour leurs études ou pour un stage en entreprise, les prestations d'assistance s'appliquent au cours de ce séjour d'une durée maximale de 12 mois consécutifs.

2.4. Etendue territoriale

2.4.1. Prestations d'assistance aux Bénéficiaires en déplacement

Monde entier.

2.4.2. Prestations d'assistance aux Bénéficiaires en cas d'Hospitalisation ou d'Immobilisation

France métropolitaine et Principauté de Monaco.

2.4.3. Exclusions territoriales

Sont exclus les pays en état de guerre civile ou étrangère, d'instabilité politique notoire, ou subissant des catastrophes naturelles, des mouvements populaires, émeutes, actes de terrorisme, représailles, restriction à la libre circulation des personnes et des biens (quel qu'en soit le motif, notamment sanitaire, de sécurité, météorologique, etc.), ou désintégration du noyau atomique, ou toute irradiation provenant d'une source d'énergie présentant un caractère de radioactivité.

3. Modalités d'intervention

Il est nécessaire, en cas d'urgence, de contacter les services de secours pour tous problèmes relevant de leurs compétences.

Afin de Nous permettre d'intervenir, Nous Vous recommandons de préparer votre appel.

Nous Vous demanderons les informations suivantes :

- vos nom(s) et prénom(s),
- l'endroit précis où Vous vous trouvez, l'adresse et le numéro de téléphone où l'on peut Vous joindre,
- votre numéro de contrat FRONTASSUR GAV

Si Vous avez besoin d'assistance, Vous devez :

- Nous appeler sans attendre au n° de téléphone :

- **01 41 85 88 11**

- **depuis l'étranger Vous devez composer le +33 1 41 85 88 11.**

- **obtenir notre accord préalable avant de prendre toute initiative ou d'engager toute dépense,**

- Vous conformer aux solutions que Nous préconisons,
- Nous fournir tous les éléments relatifs au contrat souscrit,
- Nous fournir tous les justificatifs originaux des dépenses dont le remboursement est demandé.

Nous nous réservons le droit de Vous demander tout justificatif nécessaire à l'appui de toute demande d'assistance (tels que notamment certificat de concubinage, avis d'imposition sous réserve d'avoir préalablement occulté tous les éléments y figurant autre que votre nom, votre adresse, et les personnes composant votre foyer fiscal, certificat médical, arrêt de travail, etc).

Toute dépense engagée sans notre accord ne donne lieu à aucun remboursement ou prise en charge a posteriori.

4. Prestations d'assistance aux Bénéficiaires en déplacement

4.1. Quelques conseils pour votre déplacement

AVANT DE PARTIR

- Vérifiez que votre contrat Vous couvre pour le pays concerné et pour la durée de votre voyage.
- Pensez à Vous munir de formulaires adaptés à la durée et à la nature de votre voyage ainsi qu'au pays dans lequel Vous vous rendez (il existe une législation spécifique pour l'Espace économique européen). Ces différents formulaires sont délivrés par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie à laquelle Vous êtes affilié(e) afin de bénéficier, éventuellement, en cas d'accident d'une prise en charge directe de vos frais médicaux par cet organisme.
- Si Vous vous déplacez dans un pays qui ne fait pas partie de l'Union Européenne et de l'Espace Economique Européen (EEE), Vous devez vous renseigner, avant votre départ, pour vérifier si ce pays a conclu un accord de sécurité sociale avec la France. Pour ce faire, Vous devez consulter votre Caisse d'Assurance Maladie pour savoir si Vous entrez dans le champ d'application de ladite convention et si Vous avez des formalités à accomplir (retrait d'un formulaire...)

Pour obtenir ces documents, Vous devez vous adresser avant votre départ à l'institution compétente et en France, auprès de la Caisse d'Assurance Maladie.

- Si Vous êtes sous traitement, n'oubliez pas d'emporter vos médicaments et transportez les dans vos bagages à mains pour éviter une interruption de traitement en cas de retard ou de perte de bagages ; en effet, certains pays (Etats-Unis, Israël, etc.) n'autorisent pas les envois de ce type de produits.

SUR PLACE

- Si Vous pratiquez une activité physique ou motrice à risque ou un déplacement dans une zone isolée dans le cadre de votre voyage, Nous Vous conseillons de vous assurer au préalable qu'un dispositif de secours d'urgence a été mis en place par les autorités compétentes du pays concerné pour répondre à une éventuelle demande de secours.
- En cas de perte ou de vol de vos clés, il peut être important d'en connaître les numéros. Prenez la précaution de noter ces références.
- De même, en cas de perte ou de vols de vos papiers d'identité ou de vos moyens de paiement, il est plus aisé de reconstituer ces documents si Vous avez pris la peine d'en faire des photocopies et de noter les numéros de votre passeport, carte d'identité et carte bancaire, que vous conserverez séparément.
- A l'entrée dans certains pays, les caractéristiques du véhicule sont enregistrées sur votre passeport ou sur un document officiel ; si Vous quittez le pays en laissant votre véhicule, il est nécessaire de remplir certaines formalités auprès des douanes (passeport à apurer, importation temporaire, etc.).

- Si Vous êtes blessé(e), contactez-nous dans les plus brefs délais, après avoir pris soin de faire appel aux secours d'urgence (SAMU, pompiers, etc.) auxquels Nous ne pouvons-nous substituer.

4.2. Transport / Rapatriement

A la suite d'un Accident, en France ou à l'Etranger, nos médecins se mettent en relation avec le médecin local qui Vous a pris en charge à la suite de l'évènement.

Les informations recueillies auprès du médecin local, et éventuellement auprès de votre médecin traitant habituel, Nous permettent, après décision de nos médecins, de déclencher et d'organiser, en fonction des seules exigences médicales :

- soit votre retour à votre Domicile,
- soit votre transport, le cas échéant sous surveillance médicale, vers un service hospitalier approprié proche de votre Domicile,

par véhicule sanitaire léger, ambulance, wagon-lit, train 1^{ère} classe (couchette ou place assise), avion classe économique ou avion sanitaire.

De même, en fonction des seules exigences médicales et sur décision de nos médecins, Nous pouvons déclencher et organiser dans certains cas, un premier transport vers un centre de soins de proximité, avant d'envisager un retour vers une structure proche de votre Domicile.

Seuls votre situation médicale et le respect des règlements sanitaires en vigueur sont pris en considération pour arrêter la décision de transport, le choix du moyen utilisé pour ce transport et le choix du lieu d'hospitalisation éventuel.

IMPORTANT

Il est, à cet égard, expressément convenu que la décision finale à mettre en œuvre appartient en dernier ressort à nos médecins, et ce afin d'éviter tous conflits d'autorités médicales.

Par ailleurs, dans le cas où Vous refusez de suivre la décision considérée comme la plus opportune par nos médecins, votre refus nous décharge de toute responsabilité, notamment en cas de retour par vos propres moyens, ou encore en cas d'aggravation de votre état de santé.

4.3. Retour des accompagnants Bénéficiaires

Lorsque Vous êtes rapatrié(e) par nos soins conformément aux modalités prévues dans le paragraphe « Transport/Rapatriement », selon avis de notre Service Médical, Nous organisons le transport des Bénéficiaires qui se déplaçaient avec Vous afin, si possible, de Vous accompagner lors de votre retour.

Ce transport se fera :

- soit avec Vous,
- soit individuellement.

Nous prenons en charge le transport de ces Bénéficiaires, par train 1^{ère} classe ou avion classe économique ainsi que, le cas échéant, les frais de taxi, au départ, pour se rendre du lieu de séjour à la gare ou à l'aéroport, et à l'arrivée, de la gare/aéroport au Domicile.

Cette prestation n'est pas cumulable avec la prestation « Présence hospitalisation ».

4.4. Avance sur frais d'hospitalisation (Etranger uniquement)

A la suite d'un Accident, lors d'un déplacement à l'Etranger et tant que Vous vous trouvez hospitalisé(e), Nous pouvons faire l'avance des frais d'hospitalisation dans la limite de 4000 € TTC par Bénéficiaire et par an. Cette avance s'effectuera sous réserve des conditions cumulatives suivantes :

- pour des soins prescrits en accord avec nos médecins et
- tant que nos médecins Vous jugent intransportable après recueil des informations auprès du médecin local.

Aucune avance n'est accordée à compter du jour où Nous sommes en mesure d'effectuer le transport, même si Vous décidez de rester sur place.

Dans tous les cas, Vous vous engagez à Nous rembourser cette avance au plus tard 30 jours après réception de notre facture.

Pour être vous-même remboursé(e), Vous devez ensuite effectuer les démarches nécessaires au recouvrement de vos frais médicaux auprès des organismes concernés.

Cette obligation s'applique même si Vous avez engagé les procédures de remboursement prévues dans la prestation 'Remboursement complémentaire des frais médicaux'.

Dès que ces procédures ont abouti, Nous prenons en charge le remboursement complémentaire des frais médicaux, dans les conditions prévues à la prestation 'Remboursement complémentaire des frais médicaux'.

4.5. Remboursement complémentaire des frais médicaux (Etranger uniquement)

Pour bénéficier de cette prestation, Vous devez obligatoirement relever d'un régime primaire d'assurance maladie (Sécurité Sociale) ou de tout organisme de prévoyance, effectuer, au retour dans votre pays de Domicile ou sur place, toutes les démarches nécessaires au recouvrement de ces frais auprès des organismes concernés et Nous communiquer les pièces justificatives mentionnées ci-après.

Avant de partir en déplacement à l'Etranger, Nous Vous conseillons de Vous munir de formulaires adaptés à la nature et à la durée de ce déplacement, ainsi qu'au pays dans lequel Vous vous rendez (pour l'Espace économique européen et pour la Suisse, munissez-vous de la carte européenne d'Assurance Maladie).

Ces différents formulaires sont délivrés par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie à laquelle Vous êtes affilié(e) afin de bénéficier, en cas d'Accident, d'une prise en charge directe de vos frais médicaux par cet organisme.

Nature des frais médicaux ouvrant droit à remboursement complémentaire :

Le remboursement complémentaire couvre les frais définis ci-après, à condition qu'ils concernent des soins reçus à l'Etranger à la suite d'un Accident survenu à l'Etranger :

- honoraires médicaux,
- frais de médicaments prescrits par un médecin ou un chirurgien,
- frais d'ambulance ou de taxi ordonnés par un médecin pour un trajet local à l'Etranger,
- frais d'hospitalisation quand Vous êtes jugé intransportable par décision de nos médecins prise après recueil des informations auprès du médecin local. Le remboursement complémentaire de ces frais d'hospitalisation cesse à compter du jour où Nous sommes en mesure d'effectuer votre transport, même si Vous décidez de rester sur place,
- frais relatifs aux soins dentaires urgents avec un plafond de 46 € TTC.

Montant et modalités de prise en charge :

Nous Vous remboursons le montant des frais médicaux engagés à l'Etranger et restant à votre charge après remboursement effectué par la Sécurité sociale, la mutuelle et/ou tout autre organisme de prévoyance à hauteur de 4000 € TTC maximum par Bénéficiaire et par an.

Une Franchise de 15 € TTC est appliquée dans tous les cas par Bénéficiaire et par événement.

Vous (ou vos ayants droit) vous engagez (s'engagent) à cette fin à effectuer, au retour en France, toutes les démarches nécessaires au recouvrement de ces frais auprès des organismes concernés, ainsi qu'à nous transmettre les documents suivants :

- décomptes originaux des organismes sociaux et/ou de prévoyance justifiant des remboursements obtenus,
- photocopies des notes de soins justifiant des dépenses engagées.

A défaut, Nous ne pourrions procéder au remboursement.

Dans l'hypothèse où la Sécurité Sociale et/ou les organismes auxquels Vous cotisez ne prendraient pas en charge les frais médicaux engagés, Nous Vous rembourserons jusqu'à concurrence des montants maximum susvisés, sous réserve que Vous Nous communiquiez préalablement les factures originales de frais médicaux et l'attestation de non prise en charge émanant de la Sécurité Sociale, la mutuelle et tout autre organisme de prévoyance.

4.6. Présence hospitalisation

Lorsque Vous êtes hospitalisé(e) sur le lieu de votre Accident et que nos médecins jugent à partir des informations communiquées par les médecins locaux que votre retour ne peut se faire avant 10 jours (pour un enfant de moins de 16 ans, le délai est ramené à 48 heures), Nous organisons et prenons en charge le voyage aller-retour depuis la France par train 1ère classe ou avion classe économique d'une personne de votre choix afin qu'elle se rende à votre chevet.

Nous prenons en charge également les frais d'hôtel de cette personne (chambre et petit-déjeuner) pendant 10 nuits maximum, jusqu'à un maximum de 60 € TTC par nuit.

Cette prestation n'est pas cumulable avec la prestation :

- **Retour d'un/des accompagnant(s) Bénéficiaire(s)**

4.7. Prolongation de séjour d'un accompagnant Bénéficiaire

A la suite d'un Accident, si Vous êtes hospitalisé et que nos médecins jugent à partir des informations communiquées par les médecins locaux que cette hospitalisation est nécessaire au-delà de votre date initiale de retour, Nous prenons en charge les frais d'hébergement d'un accompagnant Bénéficiaire, jusqu'à concurrence de 60€ TTC par nuit pendant 10 nuits maximum, afin qu'il reste auprès de Vous jusqu'à ce que Vous soyez en état de revenir en France.

4.8. Frais de secours sur piste

En cas d'Accident survenu sur une piste de ski, nous participons aux frais de recherche et de secours en montagne jusqu'à concurrence de 150 € TTC.

Seuls les frais facturés par une société dûment agréée pour ces activités peuvent être remboursés.

En aucun cas Nous ne serons tenus à l'organisation des recherches et des secours.

5. Prestations d'assistance aux Bénéficiaires en cas d'Hospitalisation ou d'Immobilisation (France exclusivement)

En cas d'urgence médicale, Vous devez impérativement appeler les secours locaux d'urgence.

5.1. En cas d'Hospitalisation de plus d'un jour ou d'Immobilisation au domicile de plus de 3 jours

5.1.1. Garde des Bénéficiaires de moins de 15 ans

Si Vous faites l'objet d'une Hospitalisation de plus d'un jour ou d'une Immobilisation au domicile de plus de 3 jours, Nous organisons et prenons en charge la présence d'une personne qualifiée pendant 20 heures maximum pour garder vos enfants Bénéficiaires de moins de 15 ans à votre Domicile.

La personne que Nous enverrons au Domicile prendra et quittera ses fonctions en présence d'un parent. Le service est accessible du lundi au vendredi entre 8 heures et 19 heures, hors jours fériés, à raison de 4 heures par jour minimum et de 10 heures maximum.

Conditions d'application de cette garantie et horaires des services :

Le service fonctionne du lundi au vendredi, de 8 h 00 à 19 h 00 hors jours fériés et congés légaux des parents Bénéficiaires. Toutefois, Vous pouvez Nous joindre 24 h/24, 7 j/ 7, afin de formuler votre demande.

Délais de mise en place :

Dès réception de votre appel, Nous mettons tout en œuvre, sauf cas de force majeure, afin que l'intervenant soit à votre Domicile le plus rapidement possible. Toutefois, Nous nous réservons un délai de prévenance de 5 heures comptées à l'intérieur des heures de service, afin de rechercher et d'acheminer la personne qui assurera la garde de l'enfant Bénéficiaires de moins de 15 ans.

Conditions médicales et administratives :

Dans tous les cas, Nous nous réservons le droit d'effectuer le contact médical préalable au missionnement de l'intervenant et de Vous réclamer l'original ou la copie du certificat médical.

Ce service n'est pas conçu pour vos convenances personnelles.

Cette garantie ne s'applique pas entre 19 h 00 et 8 h 00, ni les dimanches et jours fériés

Cette prestation n'est pas cumulable avec la prestation suivante :

- **5.1.2 : « transfert des Bénéficiaires de moins de 15 ans chez un proche »**

5.1.2. Transfert des Bénéficiaires de moins de 15 ans chez un proche

Si Vous faites l'objet d'une Hospitalisation de plus d'un jour ou d'une Immobilisation au domicile de plus de 3 jours, Nous organisons et prenons en charge le voyage aller-retour en train 1^{ère} classe ou avion classe économique, depuis son domicile en France, d'une personne désignée par vos soins, ou d'une de nos hôtesses, pour venir chercher, à votre Domicile, vos enfants Bénéficiaires de moins de 15 ans et les conduire chez un proche en France. Nous prenons en charge le coût du voyage aller-retour des enfants Bénéficiaires de moins de 15 ans, ainsi que celui d'un accompagnant.

Cette prestation n'est pas cumulable avec les prestations suivantes :

- **5.1.1 : « garde des Bénéficiaires de moins de 15 ans »**

5.1.3. Présence au chevet

Si Vous faites l'objet d'une Hospitalisation de plus d'un jour ou d'une Immobilisation au domicile de plus de 3 jours, Nous organisons et prenons en charge le voyage aller-retour depuis la France par train 1^{ère} classe ou avion classe économique d'une personne de votre choix afin qu'elle se rende à votre chevet.

Nous prenons en charge également les frais d'hôtel de cette personne (chambre et petit-déjeuner) jusqu'à concurrence de 60 € TTC par nuit, pendant 3 nuits au maximum.

5.1.4. Aide-ménagère

Si Vous faites l'objet d'une Hospitalisation de plus d'un jour ou d'une Immobilisation au domicile de plus de 3 jours, Nous organisons la mise à disposition d'une aide-ménagère pour effectuer les travaux ménagers à votre Domicile. Nous prenons en charge le coût de l'aide-ménagère jusqu'à concurrence de 20 heures de travail, réparties pendant votre Hospitalisation ou votre Immobilisation ou durant le mois qui suit la date de début de l'une ou de l'autre (minimum de 2 heures à la fois). A défaut de la présentation des justificatifs (bulletin d'hospitalisation ou certificat médical) Nous nous réservons le droit de Vous refacturer l'intégralité de la prestation.

5.1.5. Garde des Bénéficiaires

Si Vous faites l'objet d'une Immobilisation au domicile de plus de 3 jours, Nous organisons et prenons en charge à concurrence de 20 heures votre garde par un intervenant qualifié à votre Domicile. L'intervenant n'est pas habilité à effectuer les soins médicaux mais peut, sur la base d'une ordonnance, s'assurer de la prise des médicaments.

Le service est accessible du lundi au vendredi entre 8 heures et 19 heures, hors jours fériés, à raison de 4 heures par jour minimum et de 10 heures maximum.

Conditions d'application de cette garantie et horaires des services :

Le service fonctionne du lundi au vendredi, de 8 h 00 à 19 h 00 hors jours fériés. Toutefois, Vous pouvez Nous joindre 24 h/24, 7 j/ 7, afin de formuler votre demande.

Délais de mise en place :

Dès réception de votre appel, Nous mettons tout en œuvre, sauf cas de force majeure, afin que l'intervenant soit à votre Domicile le plus rapidement possible. Toutefois, Nous nous réservons un délai de prévenance de 5 heures comptées à l'intérieur des heures de service, afin de rechercher et d'acheminer la personne qui assurera votre garde.

Conditions médicales et administratives :

Nous nous réservons le droit Vous réclamer l'original ou la copie du certificat médical.

Vous communiquerez les coordonnées des services d'urgence locaux.

Cette garantie ne s'applique pas entre 19 h 00 et 8 h 00, ni les dimanches et jours fériés.

5.1.6. Recherche des coordonnées d'un médecin

Dans le cadre de votre Immobilisation au domicile de plus de 3 jours, hors cas d'urgence, si Vous avez besoin d'une consultation médicale alors que votre médecin traitant n'est pas disponible ; Nous Vous proposons les coordonnées de plusieurs praticiens proches de votre Domicile.

Le choix du praticien Vous appartient, ses honoraires et frais de déplacement sont à votre charge.

5.1.7. Recherche des coordonnées d'un infirmier

Dans le cadre de votre Immobilisation au domicile de plus de 3 jours, hors cas d'urgence, si des soins médicaux Vous ont été prescrits par un médecin, Nous recherchons et vous communiquons les coordonnées de plusieurs infirmiers proches de votre Domicile.

Le choix du praticien Vous appartient, ses honoraires et frais de déplacement sont à votre charge.

5.1.8. Transport et garde d'animaux de compagnie (chien ou chat)

Si, à la suite de votre Hospitalisation de plus d'un jour ou Immobilisation au domicile de plus de 3 jours, si Vous n'êtes plus en mesure de Vous occuper de vos animaux de compagnie (chien ou chat exclusivement), Nous organisons leur transport jusqu'à un établissement de garde approprié proche de votre Domicile ou jusqu'à la destination de votre choix située en France et à moins de 50 km de votre lieu d'Hospitalisation.

Nous prenons en charge le transport de vos animaux de compagnie ainsi que leurs frais d'hébergement dans l'établissement de garde jusqu'à concurrence de 230 € TTC pendant la durée de votre séjour à l'hôpital ou pendant votre Immobilisation au Domicile.

Cette prestation est soumise au respect des conditions de transport, d'accueil et d'hébergement définies par les prestataires et établissements de garde (vaccinations à jour, passeport de l'animal, caution éventuelle, etc.).

5.1.9. Trajet école des Bénéficiaires de moins de 15 ans

Si Vous faites l'objet d'une Hospitalisation de plus d'un jour, Nous organisons et prenons en charge l'accompagnement de vos enfants Bénéficiaires pour un trajet aller et un trajet retour par jour ouvrable (dans un rayon de 50km maximum autour du Domicile), entre votre Domicile et l'établissement scolaire dans la limite de 30 jours maximum.

Les conditions de prise en charge des enfants nécessitent la présence d'un adulte responsable au Domicile et qu'une autorisation des parents soit donnée à l'établissement en faveur de la personne missionnée.

5.1.10. Livraison de médicaments au Domicile

Si Vous faites l'objet d'une Immobilisation au domicile de plus de 3 jours, qu'un médecin vient de Vous prescrire en urgence, par ordonnance, des médicaments immédiatement nécessaires et qu'aucune personne de votre entourage ne peut se déplacer, Nous allons les chercher dans une officine de pharmacie proche de votre Domicile (ou pharmacie de garde) et Nous Vous les apportons.

Nous prenons en charge le prix de la course. Le prix des médicaments reste à votre charge. Les médicaments doivent avoir été prescrits au maximum 24 heures avant la demande d'assistance.

5.1.11. Mise à disposition d'un véhicule médical

Si Vous faites l'objet d'une Immobilisation au domicile ou d'une Hospitalisation et hors cas d'urgence, Nous recherchons une ambulance ou un véhicule sanitaire léger pour Vous conduire au centre de soins ou d'examen de votre choix. Les frais afférents à ce transport jusqu'au centre de soins ou d'examen restent à votre charge.

En cas d'urgence, Vous devez appeler les services de secours compétents (Samu, pompiers,...) auxquels Nous ne pouvons-nous substituer.

5.1.12. Soutien psychologique

Si Vous faites l'objet d'un Accident, Nous mettons à votre disposition, 24 h/24, 7 j /7 et 365 jours par an, un service Ecoute et Accueil Psychologique Vous permettant de contacter par téléphone des psychologues cliniciens.

Le ou les entretien(s) téléphonique(s), mené(s) par des professionnels qui garderont une écoute neutre et attentive, Vous permettra de Vous confier et de clarifier la situation à laquelle Vous êtes confronté à la suite de cet événement. Les psychologues interviennent dans le strict respect du code de déontologie applicable à la profession de psychologue et ne s'autoriseront en aucun cas à débiter une psychothérapie par téléphone.

Nous assurons l'organisation et la prise en charge de 3 entretiens téléphoniques par événement.

En fonction de votre situation et de votre attente, un rendez-vous pourra être aménagé afin de rencontrer près de chez Vous, un psychologue diplômé d'état choisi par Vous parmi 3 noms de praticiens que Nous Vous aurons communiqués.

Nous assurerons l'organisation de ce rendez-vous. Le choix du praticien Vous appartient et les frais de cette consultation sont à votre charge.

5.2. En cas d'Hospitalisation ou d'Immobilisation de plus de 15 jours consécutifs

5.2.1. Répétiteur scolaire

En cas d'absence scolaire survenue à la suite de l'Hospitalisation ou de l'Immobilisation de plus de 15 jours consécutifs de votre enfant Bénéficiaire, Nous organisons et prenons en charge son aide pédagogique jusqu'à concurrence de 15 heures par semaine.

Nous recherchons un ou plusieurs répétiteurs scolaires, à partir du 15^{ème} jour d'absence scolaire, afin d'assurer la continuité du programme scolaire de l'enfant Bénéficiaire au maximum pendant l'année scolaire en cours.

Les cours sont dispensés du Cours Préparatoire (école primaire) à la Terminale des lycées d'enseignement général dans les matières principales suivantes : français, anglais, allemand, espagnol, histoire, géographie, mathématiques, sciences naturelles, physique, chimie.

Les enseignants sont autorisés à prendre contact avec l'établissement scolaire de l'enfant Bénéficiaire afin d'examiner avec l'instituteur ou les professeurs le contenu du programme scolaire.

En cas d'hospitalisation de l'enfant Bénéficiaire, les cours continueront, dans la mesure du possible, dans les mêmes conditions, sous réserve que la Direction de l'établissement hospitalier, les médecins et le personnel soignant donnent un accord formel en ce sens.

Cette prestation cesse à compter de la reprise des cours dans son école initiale par l'enfant Bénéficiaire.

5.3. Informations médicales à caractère documentaire

Ce service est conçu pour Vous écouter, orienter et informer. En cas d'urgence médicale, Vous devez impérativement appeler les secours d'urgence locaux.

Sur simple appel téléphonique 24 h/24, 7 j/7, Nous nous efforçons de rechercher les renseignements à caractère documentaire destinés à Vous orienter dans le domaine de la santé.

Si une réponse ne peut Vous être apportée immédiatement, Nous effectuons les recherches nécessaires et Vous rappelons dans les meilleurs délais. Les informations sont données dans le respect de la déontologie médicale.

L'objet du service n'est en aucun cas de délivrer une consultation ou une prescription médicale téléphonique personnalisée, de favoriser une automédication ou de remettre en cause les choix thérapeutiques de praticiens. Si telle était votre demande, Nous Vous conseillerions de consulter un médecin local ou votre médecin traitant.

Nous apportons aux questions que Vous Nous posez une réponse objective à partir d'éléments officiels et ne pouvons être tenus pour responsables de l'interprétation que Vous pourrez en faire ni de ses conséquences éventuelles.

5.4. Recherche de coordonnées de prestataires de services à domicile

Sur simple appel téléphonique, de 8h00 à 19h30, tous les jours sauf dimanche et jours fériés, Nous recherchons et vous communiquons les coordonnées de professionnels de services à la personne ou, à votre demande, Nous vous mettons en relation avec celui que Vous aurez choisi pour les services suivants :

- Ménage/repassage
- Courses
- Aide-ménagère
- Auxiliaire de vie
- Garde malade
- Portage des repas
- Portage de médicaments
- Coiffeur à domicile ...
- Serrurerie, plomberie, électricité, vitrerie ...
- Petit bricolage
- Jardinage

Le coût de ces prestations reste à votre charge.

6. Exclusions

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

Sont exclues les demandes consécutives :

- à une guerre civile ou étrangère, des émeutes, des mouvements populaires, des actes de terrorisme,
- à votre participation volontaire à des émeutes ou grèves, rixes ou voies de fait,
- à la désintégration du noyau atomique ou toute irradiation provenant d'une source d'énergie présentant un caractère de radioactivité
- à l'usage de médicaments, de drogues, de stupéfiants et produits assimilés non ordonnés médicalement, et de l'usage abusif d'alcool,
- à un acte intentionnel de votre part ou d'un acte dolosif, d'une tentative de suicide ou suicide,
- à un incident survenu au cours d'épreuves, courses, ou compétitions motorisées (ou leurs essais), soumises par la réglementation en vigueur à l'autorisation préalable des pouvoirs publics, lorsque Vous y participez en tant que concurrent, ou au cours d'essais sur circuit soumis à homologation préalable des pouvoirs publics, et ce, même si Vous utilisez votre propre véhicule,
- à un sinistre survenu dans l'un des pays exclus de la garantie de la convention d'assistance ou en dehors des dates de validité de garantie, et notamment au-delà de la durée de déplacement prévu à l'Etranger.

Sont exclus :

- les demandes qui relèvent de la compétence des organismes locaux de secours d'urgence ou des transports primaires tels que le SAMU, les pompiers, et les frais s'y rapportant,
- les frais engagés sans notre accord, ou non expressément prévus par la présente convention d'assistance,
- les frais non justifiés par des documents originaux,
- les frais de douane,
- les frais de restauration.

Sont également exclus :

- les conséquences des situations à risques infectieux en contexte épidémique, de l'exposition à des agents biologiques infectants, de l'exposition à des agents chimiques type gaz de combat, de l'exposition à des agents incapacitants, de l'exposition à des agents neurotoxiques ou à effets neurotoxiques rémanents, qui font l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillances spécifiques de la part des autorités sanitaires internationales et/ou sanitaires locales du pays où Vous séjournez et/ou nationale de votre pays de domicile,
- les conséquences d'un Accident diagnostiquées et/ou traitées, ayant fait l'objet d'une hospitalisation continue, d'une hospitalisation de jour ou d'une hospitalisation ambulatoire dans les 6 mois précédant toute demande, qu'il s'agisse de la manifestation ou de l'aggravation desdites conséquences,
- les voyages entrepris dans un but de diagnostic et/ou de traitement médical ou d'intervention de chirurgie esthétique, leurs conséquences et les frais en découlant,
- l'organisation et la prise en charge du transport visé au chapitre « Transport / Rapatriement » pour des affections bénignes qui peuvent être traitées sur place et qui ne Vous empêchent pas de poursuivre votre déplacement ou votre séjour,
- les demandes d'assistance se rapportant à la procréation médicalement assistée et ses conséquences ou à l'interruption volontaire de grossesse et ses conséquences,
- les demandes relatives à la procréation ou la gestation pour le compte d'autrui, et ses conséquences,
- les appareillages médicaux et les prothèses (dentaires, auditives, médicales),
- les soins dentaires non urgents, leurs conséquences et frais en découlant
- les cures thermales et les frais en découlant,
- les frais médicaux engagés dans votre pays de Domicile,
- les hospitalisations prévues, leurs conséquences et les frais en découlant,
- les frais d'optique (lunettes et verres de contact par exemple),
- les vaccins et frais de vaccination,
- les visites médicales de contrôle et les frais s'y rapportant, et leurs conséquences,
- les interventions à caractère esthétique, les frais en découlant ainsi que leurs conséquences,
- les séjours dans une maison de repos et les frais en découlant,
- les rééducations, kinésithérapies, chiropraxies, ostéopathies, les frais en découlant, et leurs conséquences,
- les services médicaux ou paramédicaux et l'achat de produits dont le caractère thérapeutique n'est pas reconnu par la législation française, et les frais s'y rapportant,
- les bilans de santé concernant un dépistage à titre de prévention, les traitements ou analyses réguliers, et les frais y afférents,
- les frais liés aux excédents de poids des bagages lors d'un transport par avion et les frais d'acheminement des bagages lorsqu'ils ne peuvent être transportés avec vous,
- les frais d'annulation de voyage,
- les frais de secours hors-piste de ski

7. Limitations en cas de force majeure ou autres événements assimilés

Nous ne pouvons en aucun cas nous substituer aux organismes locaux en cas d'urgence.

Nous ne pouvons être tenus pour responsables des manquements, ni des retards dans l'exécution des prestations résultant de cas de force majeure ou d'événements tels que :

- guerres civiles ou étrangères, instabilité politique notoire, mouvements populaires, émeutes, actes de terrorisme, représailles,
- recommandations de l'O.M.S. ou des autorités nationales ou internationales ou restriction à la libre circulation des personnes et des biens, et ce quel qu'en soit le motif notamment sanitaire, de sécurité, météorologique, limitation ou interdiction de trafic aéronautique,
- grèves, explosions, catastrophes naturelles, désintégration du noyau atomique, ou toute irradiation provenant d'une source d'énergie présentant un caractère de radioactivité,
- délais et/ou impossibilité à obtenir les documents administratifs tels que visas d'entrée et de sortie, passeport, etc. nécessaires à votre transport à l'intérieur ou hors du pays où vous vous trouvez ou à votre entrée dans le pays préconisé par nos médecins pour y être hospitalisé(e),
- recours à des services publics locaux ou à des intervenants auxquels nous avons l'obligation de recourir en vertu de la réglementation locale et/ou internationale,
- inexistence ou indisponibilité de moyens techniques ou humains adaptés au transport (y compris refus d'intervention),

8. Circonstances exceptionnelles

Les transporteurs de personnes (dont notamment les compagnies aériennes) sont susceptibles d'opposer pour les personnes atteintes de certaines pathologies ou pour les femmes enceintes, des restrictions applicables jusqu'au moment du début du transport, et susceptibles d'être modifiées sans préavis (ainsi pour les compagnies aériennes : examen médical, certificat médical, etc.).

De ce fait, le rapatriement de ces personnes ne pourra être réalisé que sous réserve d'absence de refus du transporteur, et bien évidemment, d'absence d'avis médical défavorable (tel que prévu et suivant les modalités prévues au chapitre « transport/rapatriement ») au regard de la santé du Bénéficiaire et/ou de l'enfant à naître.

9. Cadre contractuel

9.1. Prise d'effet et durée de la couverture

| |
|---|
| La couverture en assistance prend effet et cesse aux mêmes dates que le contrat d'assurance dénommé « Frontassur Garantie Accidents de la Vie ». |
|---|

9.2. Subrogation

Après avoir engagé des frais dans le cadre de ses prestations d'assistance, Nous sommes subrogées dans les droits et actions que Vous pouvez avoir contre les tiers responsables du sinistre, comme le prévoit l'article L.121-12 du Code des assurances. Notre subrogation est limitée au montant des frais que nous avons engagés en exécution du contrat d'assistance.

9.3. Prescription

Conformément à l'article L.114-1 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 :

- En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a 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 l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier. »

Conformément à l'article L.114-2 du Code des assurances :

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

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont décrites aux articles 2240 à 2246 du Code civil : la reconnaissance par le débiteur du droit contre lequel il prescrivait (article 2240 du Code civil), la demande en justice (articles 2241 à 2243 du Code civil), un acte d'exécution forcée (articles 2244 à 2246 du Code civil).

Conformément à l'article L.114-3 du Code des assurances :

« 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. »

9.4. Fausses déclarations

Lorsqu'elles changent l'objet du risque ou en diminuent notre opinion toute réticence ou déclaration intentionnellement fautive de votre part entraîne la nullité du contrat. Les primes payées nous demeurent acquises et nous serons en droit d'exiger le paiement des primes échues article L.113-8 du Code des assurances).

Toute omission ou déclaration inexacte de votre part dont la mauvaise foi n'est pas établie entraîne la résiliation du contrat 10 jours après la notification qui vous sera adressée par lettre recommandée et/ou l'application de la réduction des indemnités (article L.113-9 du Code des assurances).

9.5. Déchéance pour déclaration frauduleuse

En cas de sinistre ou demande d'intervention au titre des prestations d'assistance, si sciemment, Vous utilisez comme justificatifs, des documents inexacts ou usez de moyens frauduleux ou faites des déclarations inexacts ou réticentes, Vous serez déchu(e) de tout droit aux prestations d'assistance prévues dans la présente convention d'assistance, pour lesquelles ces déclarations sont requises.

9.6. Cumul des garanties

Si les risques couverts par le présent contrat sont couverts par une autre assurance, Vous devez Nous informer du nom de l'assureur auprès duquel une autre assurance a été souscrite (article L.121-4 du Code des assurances) dès que cette information a été portée à votre connaissance et au plus tard lors de la déclaration de sinistre.

9.7. Réclamations - Litiges

En cas de réclamation ou de litige, Vous pourrez vous adresser à :

**Europ Assistance
Service Remontées Clients
1 promenade de la Bonnette
92633 Gennevilliers Cedex.**

Si le délai de traitement doit excéder les dix jours ouvrés, une lettre d'attente Vous sera adressée dans ce délai. Une réponse écrite à la réclamation sera transmise dans un délai maximum de deux mois à compter de la date de réception de la réclamation initiale.

Si le litige persiste après examen de votre demande par notre Service Remontées Clients, Vous pourrez saisir le Médiateur, en écrivant à :

**La Médiation de l'Assurance
TSA 50110
75441 Paris Cedex 09**

Vous restez libre de saisir, à tout moment, la juridiction compétente.

9.8. Autorité de contrôle

L'autorité chargée du contrôle est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution – ACPR – 61 rue Taitbout – 75436 Paris CEDEX 09.

9.9. Informatique et Libertés

Toutes les informations recueillies par EUROP ASSISTANCE FRANCE, 1 promenade de la Bonnette, 92633 Gennevilliers cedex, lors de la souscription à l'un de ses services et/ou lors de la réalisation des prestations sont nécessaires à l'exécution des engagements que nous prenons à votre égard. A défaut de réponse aux renseignements demandés, EUROP ASSISTANCE FRANCE sera dans l'impossibilité de vous fournir le service auquel Vous souhaitez souscrire.

Ces informations sont uniquement réservées aux services d'EUROP ASSISTANCE FRANCE en charge de votre contrat et pourront être transmises pour les seuls besoins de la réalisation du service à des prestataires ou partenaires d'EUROP ASSISTANCE FRANCE.

EUROP ASSISTANCE FRANCE se réserve également la possibilité d'utiliser vos données personnelles à des fins de suivi qualité ou d'études statistiques.

EUROP ASSISTANCE FRANCE peut être amenée à communiquer certaines de vos données aux partenaires à l'origine de la présente garantie d'assistance.

Vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des informations Vous concernant en écrivant à : Europ Assistance France - Service Remontées Clients, 1 promenade de la Bonnette, 92633 Gennevilliers cedex.

Si pour les besoins de la réalisation du service demandé, un transfert des informations Vous concernant est réalisé en dehors de l'Union Européenne, EUROP ASSISTANCE FRANCE prendra des mesures contractuelles avec les destinataires afin de sécuriser ce transfert.

Par ailleurs, les Bénéficiaires sont informés que les conversations téléphoniques qu'ils échangeront avec EUROP ASSISTANCE FRANCE pourront faire l'objet d'un enregistrement dans le cadre du suivi de la qualité des services et de la formation des personnels. Ces conversations sont conservées deux mois à compter de leur enregistrement. Les Bénéficiaires pourront s'y opposer en manifestant leur refus auprès de leur interlocuteur.

Réglementation

Le contrat Garantie Accidents de la Vie est soumis au droit français.

Autorité de contrôle

L'autorité chargée du contrôle de l'entreprise d'assurance qui accorde les garanties prévues par le présent contrat, est :
L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR)
61 rue Taitbout - 75436 Paris Cedex 09

L'assureur des garanties d'assurances est **CMAM - 22, rue du docteur NEVE - CS 40056 55001 BAR LE DUC Cedex -**
Société d'Assurances Mutuelles à cotisations variables régie par le Code des Assurances
SIRET 31176730500064



Frontassur – 20, rue Eugène Ruppert - L-2453 Luxembourg, est une marque utilisée par la société SLCA,
Société Luxembourgeoise de Courtage en Assurances, SA au capital de 50 000 €, société inscrite au
Registre des intermédiaires en assurances sous le numéro 2014CM007 (vérifiable auprès du Commissariat
aux Assurances – 7, boulevard Joseph II – L – 1840 Luxembourg – www.caa.lu)