



Conditions Générales Multirisques Accidents de la Vie

Conditions Générales valant Projet de Contrat au sens
de l'article L.112-2 du Code des Assurances comprenant :

- les modalités d'examen des réclamations
- les informations relatives à la Protection
des données personnelles

Conditions Générales
AMF Assurances
« Multirisques Accidents de la Vie »
valant projet de contrat

Ce contrat vous permet de bénéficier d'une protection optimale contre tous les risques de la vie courante : accidents domestiques, scolaires, de sports ou loisirs, médicaux, de service ou de travail, les agressions et les attentats.

Nous accordons, pour ces risques, les garanties mentionnées aux Conditions Particulières et définies par les présentes Conditions Générales, **dans les limites qu'elles prévoient.**

Informations - Actualisation - Conseils

Agence Conseil	Téléphone 02 35 03 68 68 <small>(prix d'un appel normal)</small>	Internet matmut.fr
-------------------	---	------------------------------

Sommaire

TITRE I	MIEUX COMPRENDRE VOTRE CONTRAT	Page 4
	Article 1 - Lexique.....	Page 4
	Article 2 - Objet et présentation du contrat.....	Page 6
	Article 3 - Énumération des garanties proposées.....	Page 6
	Article 4 - Plafonds et seuils de déclenchement des garanties.....	Page 6
	Article 5 - Personnes assurées et bénéficiaires.....	Page 8
	Article 6 - Événements couverts.....	Page 10
	Article 7 - Territorialité des garanties.....	Page 10
TITRE II	GARANTIES PROPOSÉES	Page 11
	Section I - Garanties en cas de blessures.....	Page 11
	Article 8 - Incapacité permanente.....	Page 11
	Article 9 - Souffrances endurées, préjudice esthétique permanent.....	Page 12
	Article 10 - Frais de prothèse et/ou de fauteuil roulant.....	Page 12
	Article 11 - Frais d'aménagement de logement et de véhicule adaptés.....	Page 13
	Article 12 - Services à la personne.....	Page 13
	Article 13 - Forfait hospitalisation.....	Page 14
	Article 14 - Pertes de revenus professionnels.....	Page 14
	Section II - Garanties en cas de décès.....	Page 15
	Article 15 - Participation aux frais d'obsèques.....	Page 15
	Article 16 - Capital décès.....	Page 15
	Article 17 - Préjudice patrimonial.....	Page 15
	Article 18 - Non-cumul des indemnités.....	Page 17
	Section III - Exclusions.....	Page 17
	Article 19 - Exclusions communes à toutes les garanties.....	Page 17
TITRE III	DU SINISTRE À L'INDEMNISATION	Page 18
	Section I - Vos obligations et notre Engagement Qualité en cas de sinistre.....	Page 18
	Article 20 - Vos obligations.....	Page 18
	Article 21 - Notre Engagement Qualité.....	Page 19
	Section II - Modalités d'indemnisation.....	Page 20
	Article 22 - Subrogation.....	Page 20

TITRE IV	FONCTIONNEMENT DE VOTRE CONTRAT	Page 21
	Article 23 - Conformité du risque déclaré à la réalité.....	Page 21
	Article 24 - Communication d'informations ou de documents sur support durable.....	Page 21
	Article 25 - Formation, modification et durée de votre contrat.....	Page 21
	Article 26 - Cotisation.....	Page 22
	Article 27 - Prescription.....	Page 22
	Article 28 - Résiliation de votre contrat et droit de renonciation.....	Page 23
ANNEXES		Page 26
	Annexe I - Texte de l'article 29 de la loi n° 85-677 du 5 juillet 1985	Page 27
	Annexe II - Indemnisation des souffrances endurées et du préjudice esthétique permanent.....	Page 28
	Annexe III - Exemples.....	Page 29
MODALITÉS D'EXAMEN DES RÉCLAMATIONS		Page 33
PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES		Page 35

Ce lexique est destiné à vous aider à mieux comprendre votre contrat. Les termes définis sont repérables dans les pages suivantes grâce au symbole ¶.

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

Accident

Toute atteinte à l'intégrité corporelle de l'assuré, non intentionnelle de sa part, provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure.

Actif

Qualité acquise lorsque l'assuré :

- exerce une profession (salariée ou non) même à temps partiel,
- est apprenti, stagiaire rémunéré,
- est demandeur d'emploi bénéficiaire de l'assurance chômage.

Aide humaine - Tierce personne

Assistance quotidienne et définitive de l'assuré en incapacité permanente conservant, après consolidation de son état, des séquelles physiologiques et/ou neuropsychologiques imputables à l'accident qui nécessitent de pallier l'impossibilité ou la difficulté d'effectuer les actes de la vie quotidienne.

Avenant

Document constatant une modification du contrat.

Conditions Générales

Présent document décrivant les garanties proposées et le fonctionnement du contrat.

Conditions Particulières et leurs annexes

Documents délivrés lors de la souscription du contrat ou de sa modification (avenant) précisant notamment le nom des personnes assurées ainsi que l'énoncé et le plafond des garanties souscrites.

Conjoints

Personnes non séparées de droit ou de fait :

- mariées,
- unies par un pacte civil de solidarité,
- vivant sous le même toit, de telle sorte qu'elles puissent être communément regardées comme formant un couple.

Consolidation

Moment où les lésions se sont fixées et ont pris un caractère permanent tel qu'un traitement n'est plus nécessaire, si ce n'est pour éviter une aggravation.

Déchéance

Perte du droit à la garantie de l'assureur, en cas de sinistre, lorsque l'assuré ou son représentant légal n'a pas exécuté ses obligations contractuelles.

Dommage corporel

Atteinte permanente à l'Intégrité Physique et Psychique (AIPP) des personnes.

Économiquement à charge

Est économiquement à charge, la personne remplissant au moins l'une des conditions énumérées ci-dessous :

- rattachée au foyer fiscal du souscripteur ou de son conjoint,
- pour laquelle une pension alimentaire est réglée,
- dont les ressources personnelles ne dépassent pas 3 Salaires Minimum Interprofessionnels de Croissance (SMIC) nets par an.

France

France métropolitaine et Départements et Régions d'Outre-Mer (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Mayotte et La Réunion).

Incapacité permanente (AIPP) : Atteinte permanente à l'Intégrité Physique et Psychique

Réduction définitive du potentiel physique, psychosensoriel ou intellectuel, à laquelle s'ajoutent les phénomènes douloureux et les répercussions physiologiques normalement liées à l'atteinte dans la vie de tous les jours.

Incapacité Temporaire Totale (ITT)

Période antérieure à la consolidation, pendant laquelle, du fait des blessures, l'assuré est dans l'incapacité totale de poursuivre ses activités habituelles.

Nullité du contrat

Mesure visée par la loi – article L.113-8 du Code des Assurances – pour sanctionner le souscripteur ayant fait une fausse déclaration volontaire du risque, à la souscription ou en cours de contrat, dans l'intention de tromper l'assureur. Le contrat est considéré comme n'ayant jamais existé.

Prescription

Délai à l'issue duquel le titulaire d'un droit ne dispose plus d'action pour le faire valoir.

Réduction des indemnités

Mesure visée par la loi – article L.113-9 du Code des Assurances – pour sanctionner le souscripteur ayant omis de déclarer à l'assureur tous les éléments du risque ou ayant fait une déclaration inexacte à la souscription ou en cours de contrat qui, en conséquence, n'a pas permis à l'assureur d'appliquer une cotisation adaptée.

L'indemnité de sinistre est alors réduite en proportion de la cotisation payée par rapport à la cotisation qui aurait été due si le souscripteur avait complètement et exactement déclaré le risque.

Sinistre

Réalisation d'un événement accidentel susceptible de mettre en jeu au moins une garantie du contrat.

Souscripteur

Signataire du contrat défini sous ce nom aux Conditions Particulières.

Subrogation

Substitution de l'assureur dans les droits de l'assuré, lorsqu'il a été indemnisé, contre les tiers responsables du sinistre.

Support durable

Tout instrument offrant la possibilité à l'assuré ou à l'assureur de stocker des informations qui lui sont adressées personnellement, afin de pouvoir s'y reporter ultérieurement pendant un laps de temps adapté aux fins auxquelles les informations sont destinées, et qui permet la reproduction à l'identique des informations conservées.

Tacite reconduction

Renouvellement automatique du contrat à son échéance annuelle. Lorsque le contrat n'est pas résilié dans les formes et conditions prévues par les présentes Conditions Générales, il est automatiquement renouvelé pour une durée d'un an.

Nous*

AMF Assurances.

Vous*

Le souscripteur en ce qui concerne le Titre IV « Fonctionnement de votre contrat ». Toute personne ayant la qualité d'assuré pour les autres Titres.

* Terme non repérable par le symbole ↴

ARTICLE 2

Objet et
présentation
du contrat

Nous garantissons le paiement d'indemnités en cas de survenance d'un accident \blacktriangleright occasionnant une incapacité permanente \blacktriangleright à l'assuré ou entraînant son décès.

Trois formules de contrat sont proposées :

- formule « famille »,
- formule « couple »,
- formule « individuelle ».

Au jour de la prise d'effet des garanties du contrat, le ou les assurés désignés aux Conditions Particulières \blacktriangleright doivent être âgés de moins de 61 ans.

ARTICLE 3

Énumération
des garanties
proposées• **Garanties en cas de blessures**

- Incapacité permanente \blacktriangleright
- Souffrances endurées
- Préjudice esthétique permanent
- Frais de prothèse et/ou de fauteuil roulant
- Frais d'aménagement de logement et de véhicule adaptés
- Services à la personne
- Forfait hospitalisation
- Pertes de revenus professionnels

• **Garanties en cas de décès**

- Participation aux frais d'obsèques
- Capital décès
- Préjudice patrimonial.

La formule « individuelle » ne comporte pas de garantie « Préjudice patrimonial ».

ARTICLE 4

Plafonds et
seuils de
déclenchement
des garanties

4-1 PAR VICTIME ET PAR SINISTRE

GARANTIES EN CAS DE BLESSURES

Si taux d'incapacité permanente \blacktriangleright égal ou supérieur à 10 %

Incapacité permanente \blacktriangleright	Incapacité permanente \blacktriangleright	Valeur du point ^{(1) (2)}		Capital maximum garanti ⁽¹⁾	
		Sans tierce personne	Avec tierce personne ⁽³⁾	Sans tierce personne	Avec tierce personne ⁽³⁾
Capital de base					
AIPP 10 % à 39 %	Niveau 1	130 €	195 €	5 070 €	7 605 €
	Niveau 2	600 €	900 €	23 400 €	35 100 €
AIPP 40 % à 65 %	Niveau 1	300 €	450 €	19 500 €	29 250 €
	Niveau 2	850 €	1 275 €	55 250 €	82 875 €
AIPP > 65 %	Niveau 1	500 €	750 €	50 000 € ⁽⁴⁾	75 000 € ⁽⁴⁾
	Niveau 2	1 100 €	1 650 €	110 000 € ⁽⁴⁾	165 000 € ⁽⁴⁾
Capital complémentaire					
AIPP 10 % à 39 %	Niveau 1	2 350 €	3 525 €	91 650 €	137 475 €
	Niveau 2	3 250 €	4 875 €	126 750 €	190 125 €
AIPP 40 % à 65 %	Niveau 1	3 150 €	4 725 €	204 750 €	307 125 €
	Niveau 2	4 350 €	6 525 €	282 750 €	424 125 €
AIPP > 65 %	Niveau 1	5 450 €	8 175 €	545 000 € ⁽⁴⁾	817 500 € ⁽⁴⁾
	Niveau 2	7 500 €	11 250 €	750 000 € ⁽⁴⁾	1 125 000 € ⁽⁴⁾
⁽¹⁾ Sous réserve de l'abattement en fonction de l'âge prévu à l'article 8-3 B ci-après. ⁽²⁾ Le capital garanti est calculé en multipliant la valeur du point d'incapacité permanente \blacktriangleright par le taux d'incapacité retenu dès lors que ce taux est au moins égal à 10 %. ⁽³⁾ Assistance tierce personne au minimum de 2 heures par jour. ⁽⁴⁾ Lorsque le taux d'incapacité est supérieur à 65 % et que le blessé est inapte au travail, le calcul de l'indemnité est effectué sur la base d'un taux d'incapacité de 100 % (article 8-3 A ci-après).					

Souffrances endurées	• Plafonds :	Niveau 1	Niveau 2
		32 000 €	40 000 €
Préjudice esthétique permanent	• Plafonds :	Niveau 1	Niveau 2
		32 000 €	40 000 €
Frais de prothèse et/ou de fauteuil roulant	• Plafonds :	Niveau 1	Niveau 2
		20 000 €	40 000 €
Frais d'aménagement	• Logement adapté ; plafonds :	Niveau 1	Niveau 2
		60 000 €	70 000 €
	• Véhicule adapté ; plafonds :	Niveau 1	Niveau 2
		30 000 €	40 000 €

Quelle que soit la gravité des blessures, si incapacité temporaire totale ¹ ou mi-temps thérapeutique

Services à la personne	Durée globale d'incapacité	Nombre d'heures ⁽⁵⁾ de services à la personne alloués dans la limite de
	≤ à 45 jours	10 heures
> à 45 jours et ≤ à 60 jours	20 heures	
> à 60 jours et ≤ à 90 jours	30 heures	
> à 90 jours	40 heures	

⁽⁵⁾ Le nombre d'heures peut être majoré de 50 % dans les situations visées à l'article 12-1 ci-après.

Quelle que soit la gravité des blessures

Forfait hospitalisation	<ul style="list-style-type: none"> • À compter de 3 jours consécutifs d'hospitalisation • Forfait de 50 €/jour • Au minimum : 150 € à compter du 3e jour • Au maximum : 1 500€ 				
	Et, pour les « actifs ¹ »	<ul style="list-style-type: none"> • Plafonds : <table border="1"> <tr> <td>Niveau 1</td> <td>Niveau 2</td> </tr> <tr> <td>8 500 € *</td> <td>10 000 € *</td> </tr> </table>	Niveau 1	Niveau 2	8 500 € *
Niveau 1	Niveau 2				
8 500 € *	10 000 € *				
Pertes de revenus professionnels	* Incluant, 1 500 € au titre de la garantie « Forfait hospitalisation ».				

GARANTIES EN CAS DE DÉCÈS

Participation aux frais d'obsèques	• Plafonds :	Niveau 1	Niveau 2		
		2 000 €	3 000 €		
Capital décès	• Capitaux garantis :	Adulte		Enfant	
		Niveau 1	Niveau 2	Niveau 1	Niveau 2
		6 000 €	37 000 €	6 000 €	7 000 €
Préjudice patrimonial (hors formule « individuelle »)	• Plafonds :	Niveau 1	Niveau 2		
		600 000 €	1 000 000 €		

4-2 EN CAS DE PLURALITÉ DE VICTIMES ET PAR SINISTRE

Nous ne pouvons, en aucun cas, être tenus, pour un même accident \mathbb{N} , de verser :

- par assuré, une somme supérieure au plafond de la garantie, correspondant à chaque dommage, indiqué à l'article 4-1 ci-avant,
- en cas de pluralité d'assurés décédés lors d'un même événement accidentel, un total d'indemnités supérieur :

- pour la formule « famille » :

- en cas de décès du souscripteur \mathbb{N} et de son conjoint \mathbb{N} , et le cas échéant, d'un ou plusieurs autres assurés à :
 - › deux fois le plafond de la garantie accordé au titre du préjudice patrimonial dont le montant est indiqué aux Conditions Particulières \mathbb{N} ,
 - › deux fois le plafond de la garantie accordé au titre du capital décès « souscripteur \mathbb{N} - conjoint \mathbb{N} » dont le montant est indiqué aux Conditions Particulières \mathbb{N} ,
 - › cinq fois le plafond de la garantie accordé au titre du capital décès « enfant » dont le montant est indiqué aux Conditions Particulières \mathbb{N} ,

- en cas de décès du souscripteur \mathbb{N} ou de son conjoint \mathbb{N} et d'un ou plusieurs autres assurés à :

- › une fois le plafond de la garantie accordé au titre du préjudice patrimonial, dont le montant est indiqué aux Conditions Particulières \mathbb{N} ,
- › une fois le plafond de la garantie accordé au titre du capital décès « souscripteur \mathbb{N} - conjoint \mathbb{N} », dont le montant est indiqué aux Conditions Particulières \mathbb{N} ,
- › cinq fois le plafond de la garantie accordé au titre du capital décès « enfant » dont le montant est indiqué aux Conditions Particulières \mathbb{N} ,

- dans les autres cas, à cinq fois le plafond de la garantie accordé au titre du capital décès « enfant », dont le montant est indiqué aux Conditions Particulières \mathbb{N} ,

- pour la formule « couple », à deux fois le plafond de la garantie accordé au titre du capital décès « souscripteur \mathbb{N} - conjoint \mathbb{N} », dont le montant est indiqué aux Conditions Particulières \mathbb{N} ,

- en cas de pluralité d'assurés blessés lors d'un même événement accidentel, un total d'indemnités supérieur à cinq fois les plafonds cumulés des garanties accordés en cas de blessures, dont les montants sont indiqués à l'article 4-1 ci-avant.

Si la totalité du coût du sinistre \mathbb{N} dépasse notre engagement maximum tel qu'il est indiqué ci-dessus, nous versons à chaque bénéficiaire une quote-part proportionnelle des indemnités lui revenant.

5-1 ASSURÉS

Sous condition d'une désignation aux Conditions Particulières \mathbb{N} , la qualité d'assuré est attribuée :

Pour la formule « famille »

- au souscripteur \mathbb{N} et aux personnes ci-après vivant en permanence^(*) sous le toit de sa résidence principale :

- son conjoint \mathbb{N} ni séparé, de droit ou de fait,
- les enfants mineurs de l'un, de l'autre ou des deux,
- les enfants majeurs de l'un, de l'autre ou des deux :
 - › économiquement à leur charge \mathbb{N} ,
 - › célibataires,
 - › sans enfant,
 - › âgés de moins de 28 ans.

Les enfants, **remplissant les conditions énumérées ci-dessus**, n'habitant pas en permanence sous le toit de la résidence principale du souscripteur \mathbb{N} conservent la qualité d'assuré **lorsqu'ils poursuivent des études**.

- les enfants majeurs de l'un, de l'autre ou des deux :
 - › célibataires,
 - › sans enfant,
 - › âgés de 28 ans et plus,
 - › dont ils ont la tutelle ou la curatelle,
 - › et qui sont économiquement à leur charge \mathbb{N} .

^(*) Les enfants ci-dessus énumérés ont également la qualité d'assuré lorsque, en raison d'une séparation de leurs parents, ils vivent en alternance sous le toit de la résidence principale du souscripteur \mathbb{N} .

- les petits-enfants de l'un, de l'autre ou des deux remplissant les conditions énumérées ci-dessus pour les enfants,
- les descendants de l'un, de l'autre ou des deux et toutes personnes dont le souscripteur \mathbb{N} ou son conjoint \mathbb{N} :

- › ont la tutelle ou la curatelle,
- › et remplissant les conditions énumérées ci-dessus pour les enfants,
- les enfants mineurs confiés au souscripteur \mathbb{N} ou à son conjoint \mathbb{N} dans le cadre d'un contrat d'accueil au titre de l'aide sociale à l'enfance.

Pour la formule « couple »

- au souscripteur \mathbb{N} et à son conjoint \mathbb{N} , vivant en permanence sous le toit de sa résidence principale.

Pour la formule « individuelle »

- à la personne nommément désignée aux Conditions Particulières \mathbb{N} .

Pour chacune des trois formules ci-dessus, la qualité d'assuré est également attribuée aux petits-enfants mineurs du souscripteur \mathbb{N} , et/ou de son conjoint \mathbb{N} , pendant tout le temps des séjours effectués au domicile du souscripteur \mathbb{N} , dès lors qu'ils n'ont pas la qualité d'assuré dans le cadre d'un autre contrat d'assurance « accidents corporels » ou en cas d'insuffisance des garanties du contrat souscrit par leurs parents par rapport à celles du présent contrat. Dans ce dernier cas, les garanties du présent contrat interviennent à titre complémentaire.

5-2 BÉNÉFICIAIRES

La qualité de bénéficiaire est attribuée :

- pour l'indemnité correspondant à l'incapacité permanente ¶ , aux souffrances endurées, au préjudice esthétique permanent, aux frais de prothèse, aux frais d'aménagement de logement et de véhicule adaptés, au forfait hospitalisation : à l'assuré, victime de l'accident ¶ ,

- pour l'indemnité correspondant aux pertes de revenus professionnels : au souscripteur ¶ ou à son conjoint ¶ désigné aux Conditions Particulières ¶ , « actif ¶ » au sens de la définition donnée à l'article I ci-avant, victime d'un accident ¶ ,

- pour l'indemnité correspondant à la participation aux frais d'obsèques : la personne ayant exposé les frais,

- pour l'indemnité correspondant au capital décès et à condition qu'ils survivent à l'assuré :

A – Formule « famille » :

- au conjoint ¶ de l'assuré décédé, désigné aux Conditions Particulières ¶ ,
- à défaut :
 - aux enfants mineurs légitimes, naturels ou adoptifs de l'assuré décédé,
 - aux enfants mineurs légitimes, naturels ou adoptifs du conjoint ¶ de l'assuré décédé et économiquement à la charge ¶ de l'assuré décédé, au jour de l'accident ¶ ,
 - aux enfants majeurs légitimes, naturels ou adoptifs, âgés de moins de 25 ans, de l'assuré décédé ou de son conjoint ¶ et économiquement à la charge ¶ de l'assuré décédé au jour de l'accident ¶ ,
 - aux enfants majeurs légitimes, naturels ou adoptifs, de l'assuré décédé ou de son conjoint ¶ , dont l'un ou l'autre a la tutelle ou la curatelle et qui sont économiquement à la charge ¶ de l'assuré décédé au jour de l'accident ¶ .
 - aux descendants de l'assuré décédé ou de son conjoint ¶ , ayant la qualité d'assuré et désignés comme tel aux Conditions Particulières ¶ , dont l'un ou l'autre a la tutelle ou la curatelle et qui sont économiquement à la charge ¶ de l'assuré décédé au jour de l'accident ¶ ,
- à défaut, aux autres enfants majeurs, vivants ou représentés, de l'assuré décédé,
- à défaut, au père et à la mère de l'assuré décédé ou à l'un des deux si l'autre est décédé,
- à défaut, aux autres ascendants de l'assuré décédé, **sauf si l'assuré décédé est un enfant ou un petit enfant du souscripteur ¶ et/ou de son conjoint ¶ ; dans ce cas ses frères et sœurs sont prioritaires,**
- à défaut, aux frères et sœurs de l'assuré décédé,
- à défaut, aux neveux et nièces de l'assuré décédé.

B – Formule « couple » :

- au conjoint ¶ de l'assuré décédé, désigné aux Conditions Particulières ¶ ,
- à défaut, aux enfants mineurs et majeurs, vivants ou représentés, de l'assuré décédé,
- à défaut, au père et à la mère de l'assuré décédé ou à l'un des deux si l'autre est décédé,
- à défaut, aux autres ascendants de l'assuré décédé,
- à défaut aux frères et sœurs de l'assuré décédé,
- à défaut, aux neveux et nièces de l'assuré décédé.

C – Formule « individuelle » :

- aux enfants mineurs et majeurs, vivants ou représentés, de l'assuré décédé,
- à défaut, au père et à la mère de l'assuré décédé ou à l'un des deux si l'autre est décédé,
- à défaut, aux autres ascendants de l'assuré décédé,
- à défaut aux frères et sœurs de l'assuré décédé,
- à défaut, aux neveux et nièces de l'assuré décédé.

- pour l'indemnité correspondant au préjudice patrimonial en cas de décès du souscripteur ¶ ou de son conjoint ¶ et à condition qu'ils survivent à l'assuré décédé :

A – Formule « famille » :

- au conjoint ¶ de l'assuré décédé, désigné aux Conditions Particulières ¶ , et aux enfants et aux descendants tels que définis ci-après :
 - enfants mineurs légitimes, naturels ou adoptifs de l'assuré décédé,
 - enfants mineurs légitimes, naturels ou adoptifs du conjoint ¶ de l'assuré décédé et économiquement à la charge ¶ de l'assuré décédé au jour de l'accident ¶ ,
 - enfants majeurs légitimes, naturels ou adoptifs, âgés de moins de 25 ans, de l'assuré décédé ou de son conjoint ¶ et économiquement à la charge ¶ de l'assuré décédé au jour de l'accident ¶ ,
 - enfants majeurs légitimes, naturels ou adoptifs, de l'assuré décédé ou de son conjoint ¶ , dont l'un ou l'autre a la tutelle ou la curatelle et qui sont économiquement à la charge ¶ de l'assuré décédé au jour de l'accident ¶ ,
 - descendants de l'assuré décédé ou de son conjoint ¶ , ayant la qualité d'assuré et désignés comme tel aux Conditions Particulières ¶ , dont l'un ou l'autre a la tutelle ou la curatelle et qui sont économiquement à la charge ¶ de l'assuré décédé au jour de l'accident ¶ ,
 - personnes dont l'assuré ou son conjoint ¶ a la tutelle ou la curatelle, ayant la qualité d'assuré, désignées comme tel aux Conditions Particulières ¶ et qui sont économiquement à la charge ¶ de l'assuré décédé au jour de l'accident ¶ ,
- à défaut d'enfants et de descendants précités, au conjoint ¶ ,
- à défaut de conjoint ¶ , aux enfants et descendants précités.

B – Formule « couple » :

- au conjoint ¶ de l'assuré décédé, désigné aux Conditions Particulières ¶ .

C – Formule « individuelle » :

la formule « individuelle » ne compte aucun bénéficiaire au titre de l'indemnité correspondant au préjudice patrimonial.

Événements couverts

1 - Ce sont ceux qui répondent à la définition de l'accident ☞ donnée à l'article 1 ci-avant et qui sont survenus à l'occasion de la vie privée ou de la vie professionnelle, **sous réserve des exclusions mentionnées à l'article 19 ci-après.**

Sont ainsi couverts :

- les accidents ☞ survenus à l'occasion de la vie courante ou d'activités de loisirs (ménage, cuisine, jardinage, bricolage, voyage...),
- les accidents ☞ survenus au cours de la pratique, en qualité d'amateur, d'une activité sportive,
- les accidents ☞ imputables à une catastrophe naturelle (inondation, avalanche, affaissement de terrain...),
- les accidents ☞ imputables à une catastrophe technologique,
- les agressions, les attentats ou les actes de terrorisme dont l'assuré est victime et qu'il n'a pas provoqués,
- les accidents ☞ sanitaires résultant du fonctionnement du système de santé français, c'est-à-dire :
 - un accident ☞ médical, une affection iatrogène ou une infection nosocomiale,
 - directement imputable à des actes de prévention, de diagnostic ou de soins,
 - réalisés par un professionnel de santé, un établissement, un service ou un organisme, dont les activités sont régies par le Code de la Santé publique,
 - ayant eu pour l'assuré des conséquences anormales au regard de son état de santé comme de l'évolution prévisible de celui-ci,
- les accidents ☞ du travail ou de service.

2 - **L'accident ☞ dans la réalisation duquel est impliqué un véhicule terrestre à moteur, ainsi que ses remorques ou semi-remorques**, autres que les véhicules ferroviaires et les tramways circulant sur des voies qui leur sont propres, **ouvre droit uniquement aux garanties suivantes :**

- **indemnité de base en cas d'incapacité permanente ☞ ,**
- **capital décès.**

Territorialité des garanties

1 - Les garanties s'exercent en France ☞ et dans la Principauté de Monaco.

Toutefois, elles sont acquises :

- dans le monde entier, pendant les douze premiers mois du séjour hors de France ☞ ,
- pour tous les séjours, quelle qu'en soit la durée, effectués à la demande de l'employeur de l'assuré pour l'exécution d'une mission temporaire dans les pays de l'Espace Économique Européen et dans les pays suivants : Suisse, San Marin, Vatican.

2 - En cas d'accident ☞ corporel survenu hors de France ☞ , l'expertise médicale sera toujours effectuée par référence à la dernière édition, au jour de l'expertise médicale, du « barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun » publié dans la revue Le Concours Médical.

Le paiement sera toujours effectué en France ☞ et en euros.

8-1 PRINCIPE DE LA GARANTIE

Si vous conservez une incapacité permanente ☞ dont le taux est au moins égal à 10 %, nous versons un capital :

- de base,
- complémentaire.

8-2 ÉVALUATION DU TAUX D'INCAPACITÉ PERMANENTE

Le taux d'incapacité permanente subsistant après consolidation des blessures est fixé par un médecin expert, spécialiste en évaluation médico-légale du dommage corporel ☞, désigné par nous. Ses honoraires sont à notre charge.

Lors de cet examen, vous pouvez vous faire assister par le médecin de votre choix dont les honoraires et frais seront à votre charge. Le taux d'incapacité permanente est déterminé conformément au « barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun » publié dans la revue Le Concours Médical (dernière édition).

Le médecin expert détermine l'aptitude ou non de la victime à l'exercice de toute activité professionnelle et précise si l'assuré a besoin d'une assistance par tierce personne et en fixe la durée.

8-3 MAJORATIONS OU ABATTEMENT OPÉRÉS SUR LE CALCUL DU CAPITAL DE BASE ET DU CAPITAL COMPLÉMENTAIRE**A – Majorations**

- Pour inaptitude au travail :

Lorsque le taux d'incapacité est supérieur à 65 % et que la victime, **non retraitée**, est médicalement reconnue inapte à se livrer à un travail ou à une occupation lui procurant un gain ou un profit, nous effectuons le calcul de l'indemnité sur la base d'un taux d'incapacité de 100 %.

- Pour assistance par tierce personne :

Lorsque l'incapacité permanente ☞ nécessite l'assistance d'une tierce personne **durant au minimum 2 heures par jour**, la valeur du point servant au calcul du capital de base et du capital complémentaire est majorée de 50 %.

Cette majoration n'est toutefois pas due lorsque l'assuré demeure placé dans un établissement spécialisé et/ou de soins après la consolidation ☞ de ses blessures.

B – Abattement en raison de l'âge

La valeur du point d'incapacité servant de base au calcul du capital de base et du capital complémentaire fait l'objet, lorsque l'assuré est âgé de plus de 70 ans au jour de l'accident ☞, d'un abattement de 5 % par année d'âge supplémentaire.

Cet abattement ne peut cependant jamais dépasser 75 % de la valeur du point d'incapacité.

POURCENTAGE RETENU POUR UNE PERSONNE ÂGÉE DE PLUS DE 70 ANS

Âge	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85 et au-delà
Taux	100	95	90	85	80	75	70	65	60	55	50	45	40	35	30	25

8-4 INDEMNITÉS VERSÉES**A – Capital de base**

Le capital versé correspond à la somme résultant du produit du taux d'incapacité par la valeur du point, correspondant à ce taux, indiquée à l'article 4-I, auquel il convient, le cas échéant, d'appliquer les majorations ou abattement prévus au 8-3 ci-avant.

B – Capital complémentaire

Nous versons une indemnité correspondant à la différence entre :

- d'une part, la somme résultant du produit du taux d'incapacité par la valeur du point correspondant à ce taux, indiquée à l'article 4-I, auquel il convient, le cas échéant, d'appliquer les majorations ou abattement prévus au 8-3 ci-avant,
- d'autre part :
 - les prestations énumérées à l'article 29 de la loi du 5 juillet 1985 (Annexe I) compensant l'incapacité permanente ☞ et l'Assistance permanente par Tierce Personne (ATP). Lorsqu'elles sont versées sous forme de pension ou de rente, ces indemnités sont capitalisées en fonction du même taux d'actualisation et de la même table de mortalité que ceux de l'Arrêté relatif à l'application des articles R. 376-I et R.454-I du Code de la Sécurité sociale en vigueur au jour de l'accident ☞, correspondant à l'âge et au sexe de l'assuré au jour de leur premier versement,
 - lorsque l'assuré a été victime d'un accident ☞ sanitaire, le montant de l'indemnité compensant l'incapacité permanente ☞ (Déficit Fonctionnel Permanent), le retentissement professionnel (Incidence Professionnelle et/ou Pertes de Gains Professionnels Futurs) et l'Assistance Tierce Personne réglée au titre de la solidarité nationale par l'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux (ONIAM), des affections iatrogènes et des infections nosocomiales,
 - lorsque l'assuré a été victime d'une infraction pénale, le montant de l'indemnité compensant l'incapacité permanente ☞ (Déficit Fonctionnel Permanent), le retentissement professionnel (Incidence Professionnelle et/ou Pertes de Gains Professionnels Futurs) et l'Assistance Tierce Personne, réglée par le Fonds de Garantie des victimes des actes de Terrorisme et d'autres Infractions (FGTI).

Outre les exclusions communes prévues à l'article 19 ci-après, nous ne garantissons pas le versement d'un capital complémentaire à la suite d'un accident ☞ dans la réalisation duquel est impliqué un véhicule terrestre à moteur, ainsi que ses remorques ou semi-remorques, autres que les véhicules ferroviaires et les tramways circulant sur des voies qui leur sont propres.

C – Condition de versement

L'indemnité est versée sous forme d'un capital dont le montant ne peut être révisé en cas de modification ultérieure des prestations des tiers payeurs.

8-5 AGGRAVATION DE L'INCAPACITÉ PERMANENTE

L'aggravation se caractérise par une évolution de l'état de l'assuré, en relation directe et certaine avec l'accident ☞, modifiant les conclusions médicales relatives au taux d'incapacité permanente ☞ fixé initialement.

Si le taux initial était égal ou supérieur à 10 %, nous procédons au versement :

- d'une nouvelle indemnité de base dont le montant correspond à la différence entre :
 - d'une part, l'indemnité de base calculée en fonction du nouveau taux d'incapacité permanente ☞, selon les modalités de l'article 8-4 ci-avant,
 - d'autre part, l'indemnité de base initialement versée.
- d'une nouvelle indemnité complémentaire dont le montant correspond à la différence entre :
 - d'une part, l'indemnité complémentaire calculée en fonction du nouveau taux d'incapacité permanente ☞, selon les modalités de l'article 8-4 ci-avant,
 - d'autre part, l'indemnité complémentaire initialement versée.

Si le taux initial était inférieur à 10 %, nous procédons au versement d'une indemnité de base et d'une indemnité complémentaire dont les montants sont calculés en fonction du nouveau taux d'incapacité permanente ☞, selon les modalités de l'article 8-4 ci-avant.

ARTICLE 9

Souffrances endurées, préjudice esthétique permanent

9-1 OBJET DE LA GARANTIE

Lorsque vous conservez une incapacité dont le taux est au moins égal à 10 %, nous versons une indemnité au titre des souffrances endurées et/ou du préjudice esthétique permanent ayant donné lieu à une qualification définitive par le médecin expert dans une échelle de gravité de 0,5 à 7.

Le montant de l'indemnité est déterminé à partir des éléments indiqués au tableau de l'Annexe II.

L'indemnité est égale à la différence entre :

- d'une part, le montant déterminé selon les éléments indiqués au tableau de l'Annexe II,
- d'autre part :
 - lorsque l'assuré a été victime d'un accident ☞ sanitaire, le montant de l'indemnité compensant les souffrances endurées et/ou le préjudice esthétique permanent, réglée au titre de la solidarité nationale par l'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux (ONIAM), des affections iatrogènes et des infections nosocomiales,
 - lorsque l'assuré a été victime d'une infraction pénale, le montant de l'indemnité compensant les souffrances endurées et/ou le préjudice esthétique permanent, réglée par le Fonds de Garantie des victimes des actes de Terrorisme et d'autres Infractions (FGTI).

9-2 AGGRAVATION DES SOUFFRANCES ENDURÉES ET/OU DU PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE PERMANENT

Cette aggravation est prise en considération lorsqu'elle est en relation avec une aggravation de l'incapacité permanente ☞ ouvrant droit à indemnisation.

Si le taux initial d'incapacité permanente ☞ était égal ou supérieur à 10 %, nous procédons au versement d'une nouvelle indemnité dont le montant correspond à la différence entre :

- d'une part, l'indemnité calculée en fonction de la nouvelle qualification des souffrances endurées et/ou du préjudice esthétique permanent, selon les modalités de l'article 9-1 ci-avant,
- d'autre part, l'indemnité initialement versée.

Si le taux initial d'incapacité permanente ☞ était inférieur à 10 %, nous procédons au versement d'une indemnité selon les modalités de l'article 9-1 ci-avant.

9-3 EXCLUSION

Outre les exclusions communes prévues à l'article 19 ci-après, nous ne garantissons pas les souffrances endurées et/ou le préjudice esthétique permanent à la suite d'un accident ☞ dans la réalisation duquel est impliqué un véhicule terrestre à moteur, ainsi que ses remorques ou semi-remorques, autres que les véhicules ferroviaires et les tramways circulant sur des voies qui leur sont propres.

ARTICLE 10

Frais de prothèse et/ou de fauteuil roulant

10-1 OBJET DE LA GARANTIE

Vous avez droit, lorsque vous conservez une incapacité dont le taux est au moins égal à 10 %, au remboursement des frais engagés pour l'acquisition **initiale**, rendue nécessaire par l'accident ☞, de prothèses (fonctionnelles, organiques, optiques, auditives, dentaires) et/ou d'un fauteuil roulant.

10-2 CONTENU DE LA GARANTIE

Nous versons, **dans les limites des plafonds indiqués à l'article 4-1 ci-avant**, une indemnité égale à la différence entre :

- d'une part, le coût d'acquisition ou de réalisation, initiale, des mesures d'aménagement,
- d'autre part :
 - lorsque l'assuré a été victime d'un accident ☞ sanitaire, le montant de l'indemnité compensant ces frais réglée au titre de la solidarité nationale par l'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux (ONIAM), des affections iatrogènes et des infections nosocomiales,
 - lorsque l'assuré a été victime d'une infraction pénale, le montant de l'indemnité compensant les frais de prothèse et/ou de fauteuil roulant, réglée par le Fonds de Garantie des victimes des actes de Terrorisme et d'autres Infractions (FGTI).

10-3 EXCLUSION

Outre les exclusions communes prévues à l'article 19 ci-après, nous ne garantissons pas les frais de prothèse et/ou de fauteuil roulant à la suite d'un accident ☞ dans la réalisation duquel est impliqué un véhicule terrestre à moteur, ainsi que ses remorques ou semi-remorques, autres que les véhicules ferroviaires et les tramways circulant sur des voies qui leur sont propres.

ARTICLE 11

Frais d'aménagement de logement et de véhicule adaptés

11-1 OBJET DE LA GARANTIE

Si vous conservez une incapacité dont le taux est au moins égal à 10 % et êtes confronté, du fait des séquelles imputables à l'accident ☞ indemnisé, à des gênes, médicalement constatées, engendrées par l'inadaptation de votre logement et/ou de votre véhicule automobile.

11-2 CONTENU DE LA GARANTIE

Nous définissons et chiffrons, le cas échéant avec le concours d'un organisme spécialisé, le coût des mesures d'aménagement susceptibles d'adapter votre logement et/ou votre véhicule à votre handicap.

Nous versons, **dans les limites des plafonds indiqués à l'article 4-1 ci-avant**, une indemnité égale à la différence entre :

- d'une part, le coût d'acquisition ou de réalisation, initiale, des mesures d'aménagement,
- d'autre part :
 - lorsque l'assuré a été victime d'un accident ☞ sanitaire, le montant de l'indemnité compensant ces frais réglée au titre de la solidarité nationale par l'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux (ONIAM), des affections iatrogènes et des infections nosocomiales,
 - lorsque l'assuré a été victime d'une infraction pénale, le montant de l'indemnité compensant les frais d'aménagement de logement et de véhicule adaptés, réglée par le Fonds de Garantie des victimes des actes de Terrorisme et d'autres Infractions (FGTI).

11-3 EXCLUSION

Outre les exclusions communes prévues à l'article 19 ci-après, nous ne garantissons pas les frais d'aménagement de logement et de véhicule adaptés à la suite d'un accident ☞ dans la réalisation duquel est impliqué un véhicule terrestre à moteur, ainsi que ses remorques ou semi-remorques, autres que les véhicules ferroviaires et les tramways circulant sur des voies qui leur sont propres.

ARTICLE 12

Services à la personne

12-1 OBJET DE LA GARANTIE

En cas d'incapacité temporaire totale ☞ ou mi-temps thérapeutique, vous bénéficiez d'un crédit de services à la personne, dont le nombre d'heures allouées, utilisable pendant la période d'incapacité, est directement fonction de la durée de cette dernière.

Durée globale d'incapacité	Nombre d'heures de services à la personne allouées dans la limite de
≤ à 45 jours	10 heures
> à 45 jours et ≤ à 60 jours	20 heures
> à 60 jours et ≤ à 90 jours	30 heures
> à 90 jours	40 heures

Ce nombre d'heures est majoré de 50 % lorsque :

- vous êtes hospitalisé pour une durée consécutive de plus de 2 jours du fait de l'accident ☞ ,
- vous avez la charge d'au moins un enfant âgé de moins de 16 ans,
- vous apportez une aide humaine ☞ à une personne dépendante en raison de son âge ou d'un handicap.

Les services garantis sont les suivants :

- aide ménagère,
- jardinage,
- livraison de courses et de médicaments,
- déplacement accompagné,
- soutien scolaire (niveaux primaire et secondaire).

Les services garantis font l'objet d'une prise en charge après accord avec nos services qui mettent l'assuré en relation avec l'organisme prestataire.

12-2 EXCLUSION

Outre les exclusions communes prévues à l'article 19 ci-après, nous ne garantissons pas les services à la personne à la suite d'un accident ☞ dans la réalisation duquel est impliqué un véhicule terrestre à moteur, ainsi que ses remorques ou semi-remorques, autres que les véhicules ferroviaires et les tramways circulant sur des voies qui leur sont propres.

ARTICLE 13

Forfait hospitalisation

13-1 OBJET ET ÉTENDUE DE LA GARANTIE

Quelle que soit la gravité des blessures, en cas d'hospitalisation continue supérieure à 2 jours, consécutive à un accident ☞ garanti, nous versons un forfait de 50 € par jour d'hospitalisation, **dans la limite du plafond prévu à l'article 4-1 ci-avant. Pour les « actifs ☞ », le forfait versé vient en déduction du plafond prévu au titre de la garantie « Pertes de revenus professionnels ».**

13-2 EXCLUSION

Outre les exclusions communes prévues à l'article 19 ci-après, nous ne garantissons pas le forfait hospitalisation à la suite d'un accident ☞ dans la réalisation duquel est impliqué un véhicule terrestre à moteur, ainsi que ses remorques ou semi-remorques, autres que les véhicules ferroviaires et les tramways circulant sur des voies qui leur sont propres.

ARTICLE 14

Pertes de revenus professionnels

14-1 OBJET DE LA GARANTIE

Le souscripteur ☞ « actif ☞ » ou son conjoint ☞ « actif ☞ » (si formule « famille » ou « couple »), au sens de la définition donnée à l'article 1 ci-avant, a droit, quelle que soit la gravité de ses blessures, au remboursement de ses pertes de revenus professionnels pendant la durée de son incapacité temporaire ☞ d'activité professionnelle consécutive à un accident ☞ garanti, déterminé par le médecin expert désigné par nous.

La perte de revenus s'établit pour :

- les travailleurs salariés, à partir de l'attestation de l'employeur chiffrant la perte de salaire net soumis à l'impôt sur le revenu,
- les travailleurs non salariés, à partir du revenu tiré de l'exercice de l'activité professionnelle ne pouvant plus temporairement s'exercer, ayant fait l'objet de l'imposition la plus récente de la part de l'Administration Fiscale au titre des bénéfices industriels et commerciaux, des bénéfices non commerciaux ou des bénéfices agricoles,
- les travailleurs non salariés n'ayant pas encore été imposés, sur la base d'un forfait journalier de 50 €,
- les demandeurs d'emploi bénéficiaires de l'assurance chômage, à partir de l'attestation chiffrant le montant net des indemnités.

14-2 CONTENU DE LA GARANTIE

Nous versons, **dans la limite du plafond prévu à l'article 4-1 ci-avant**, une indemnité correspondant à la différence entre les pertes de revenus visées au 14-1 ci-dessus et les prestations énumérées à l'article 29 de la loi du 5 juillet 1985 (Annexe I) compensant ces pertes.

14-3 EXCLUSION

Outre les exclusions communes prévues à l'article 19 ci-après, nous ne garantissons pas les pertes de revenus professionnels à la suite d'un accident ☞ dans la réalisation duquel est impliqué un véhicule terrestre à moteur, ainsi que ses remorques ou semi-remorques, autres que les véhicules ferroviaires et les tramways circulant sur des voies qui leur sont propres.

ARTICLE 15

Participation aux frais d'obsèques

15-1 OBJET ET ÉTENDUE DE LA GARANTIE

Nous versons une indemnité en cas de décès d'un assuré, consécutif à un accident ☛ et survenant dans les douze mois de cet accident ☛. Par exception, elle est également versée dans le cas où l'assuré mineur s'est volontairement donné la mort. L'indemnité a pour limites :

- d'une part, les frais restés à charge après déduction des prestations compensant ces frais auxquelles le décès peut donner lieu, conformément à l'article 29 de la loi du 5 juillet 1985 (Annexe I),
- d'autre part, les plafonds indiqués à l'article 4-1 ci-avant.

15-2 EXCLUSION

Outre les exclusions communes prévues à l'article 19 ci-après, nous ne garantissons pas la participation aux frais d'obsèques à la suite d'un accident ☛ dans la réalisation duquel est impliqué un véhicule terrestre à moteur, ainsi que ses remorques ou semi-remorques, autres que les véhicules ferroviaires et les tramways circulant sur des voies qui leur sont propres.

ARTICLE 16

Capital décès

16-1 OBJET ET ÉTENDUE DE LA GARANTIE

En cas de décès d'un assuré, consécutif à un événement couvert, nous versons un capital dont le montant est indiqué à l'article 4-1 ci-avant.

Ce capital est dû au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) à l'article 5-2 ci-avant.

En cas de pluralité de bénéficiaires, le capital est partagé entre eux par parts égales.

16-2 ABATTEMENT EN RAISON DE L'ÂGE

Le capital décès fait l'objet, lorsque l'assuré est âgé de plus de 70 ans au jour de l'accident ☛, d'un abattement de 5 % par année d'âge supplémentaire.

Cet abattement ne peut cependant jamais dépasser 75 %.

POURCENTAGE RETENU POUR UNE PERSONNE ÂGÉE DE PLUS DE 70 ANS

Âge	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85 et au-delà
Taux	100	95	90	85	80	75	70	65	60	55	50	45	40	35	30	25

ARTICLE 17

Préjudice patrimonial

17-1 PRINCIPE DE LA GARANTIE

En cas de décès du souscripteur ☛ ou de son conjoint ☛ (si formule « famille » ou « couple »), consécutif à un événement couvert, nous indemnisons le(s) bénéficiaire(s) désigné(s) à l'article 5-2 ci-avant en procédant au règlement, selon les modalités définies ci-dessous, d'un capital déterminé sur la base des revenus annuels du défunt.

Chacune des indemnités ainsi calculées et, le cas échéant leur cumul, ne peuvent excéder le plafond indiqué à l'article 4 ci-avant.

17-2 FIXATION DES BASES DE L'INDEMNITÉ

A – Revenus nets pris en compte

1 - Ils sont constitués par la moyenne, sur douze mois :

- des gains et rémunérations provenant de l'activité professionnelle de l'assuré décédé, soumis à l'impôt sur le revenu à titre de traitements, salaires, bénéfices industriels et commerciaux, bénéfices non commerciaux et bénéfices agricoles,
- des indemnités de chômage, ainsi que des pensions ou des rentes versées par un organisme de protection sociale obligatoire,
- des pensions servies par les différents régimes de base d'assurance vieillesse, les régimes obligatoires de retraite complémentaire et les régimes statutaires ou collectifs de retraite supplémentaire.

2 - Si l'assuré ne percevait aucun des revenus énumérés ci-dessus, ou si la moyenne, sur douze mois, de ces revenus est inférieure au Salaire Minimum Interprofessionnel de Croissance (SMIC) net, il est admis que son activité, domestique ou professionnelle, génère un gain mensuel égal au Salaire Minimum Interprofessionnel de Croissance (SMIC) net.

B – Abattement en raison de l'âge

La moyenne, sur les douze mois, des revenus du défunt fait l'objet, lorsque l'assuré est âgé de plus de 70 ans au jour de l'accident ☛, d'un abattement de 5 % par année d'âge supplémentaire.

Cet abattement ne peut cependant jamais dépasser 75 %.

POURCENTAGE RETENU POUR UNE PERSONNE ÂGÉE DE PLUS DE 70 ANS

Âge	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85 et au-delà
Taux	100	95	90	85	80	75	70	65	60	55	50	45	40	35	30	25

C – Preuve des revenus

1 - Lorsque l'assuré exerçait une activité salariée, les revenus sont prouvés par la production des feuilles de paie des douze derniers mois ayant précédé l'accident ☛.

2 - Lorsque l'assuré exerçait une activité professionnelle rémunérée mais non salariée, les revenus sont prouvés par la production du dernier avis d'imposition au titre de l'impôt sur le revenu et de l'ensemble des documents communiqués à l'Administration Fiscale en vue de l'imposition des bénéfices industriels et commerciaux, des bénéfices non commerciaux et des bénéfices agricoles.

3 - Les indemnités de chômage et les pensions ou les rentes versées par un organisme de protection sociale obligatoire, ainsi que les pensions de retraite, sont prouvées par la production des bordereaux de règlement ou par une attestation établie par l'organisme débiteur, pour les douze derniers mois ayant précédé l'accident ☞ .

D – Répartition de la moyenne, sur douze mois, des revenus de l'assuré entre les bénéficiaires

La part des revenus revenant à chaque bénéficiaire est déterminée par application de la grille de répartition figurant ci-après.

Pour l'application de cette grille, il est admis que le conjoint ☞ est sans revenu dès lors que :

- à la date du décès, il n'exerce aucune profession rémunérée et ne perçoit aucune allocation de chômage, rente ou pension dans le cadre d'un régime obligatoire de protection sociale ou de retraite,
- et
- il ne peut prétendre, en raison du décès, au versement d'une pension de réversion servie par un régime de base d'assurance vieillesse ou un régime obligatoire de retraite complémentaire ou un régime statutaire ou collectif de retraite supplémentaire.

Nombre de bénéficiaires	Part du conjoint ☞ et des autres bénéficiaires			Part de chaque bénéficiaire en l'absence de conjoint ☞	Dans le cas où le conjoint ☞ dispose de revenus inférieurs à 25 % de ceux de l'assuré décédé, appréciés selon les mêmes modalités que pour ce dernier, il lui est attribué une part des revenus du disparu égale à : • 40 % si le conjoint ☞ est le seul bénéficiaire, • 30 % si le conjoint ☞ n'est pas le seul bénéficiaire.
	conjoint ☞ sans revenu	conjoint ☞ avec revenu	chaque autre bénéficiaire	chaque autre bénéficiaire	
1	50 %	25 %		50 %	
2	40 %	15 %	20 %	30 %	
3	40 %	15 %	15 %	20 %	
4	40 %	15 %	13 %	17 %	
5	40 %	15 %	10 %	15 %	
6 ET +	40 %	15 %	40 % divisés par le nombre des autres bénéficiaires	80 % divisés par le nombre des autres bénéficiaires	

17-3 CONTENU DE LA GARANTIE

L'indemnité versée à chaque bénéficiaire est égale à la différence entre :

- d'une part, la part des revenus annuels attribuée au bénéficiaire, capitalisée en fonction du même taux d'actualisation et de la même table de mortalité que ceux de l'Arrêté relatif à l'application des articles R. 376-1 et R.454-1 du Code de la Sécurité sociale en vigueur au jour de l'accident ☞ , correspondant à l'âge et au sexe, au jour de l'accident ☞ :
 - de celui qui, de l'assuré décédé ou de son conjoint ☞ , est le plus âgé en ce qui concerne la capitalisation viagère de la part du conjoint ☞ ,
 - du bénéficiaire âgé de moins de 25 ans, en ce qui concerne la capitalisation de sa part jusqu'à ses 25 ans,
 - de l'assuré décédé, en ce qui concerne la capitalisation de la part d'un bénéficiaire âgé de 25 ans et plus.
- d'autre part :
 - les prestations énumérées à l'article 29 de la loi du 5 juillet 1985 (Annexe I) et versées à titre personnel au(x) bénéficiaire(s) en raison du décès de l'assuré. Lorsqu'elles sont versées sous forme de pension ou de rente, ces prestations sont capitalisées en fonction du même taux d'actualisation et de la même table de mortalité que ceux de l'Arrêté relatif à l'application des articles R. 376-1 et R.454-1 du Code de la Sécurité sociale en vigueur au jour de l'accident ☞ , correspondant à l'âge et au sexe du bénéficiaire au jour de leur premier versement,
 - lorsque l'assuré a été victime d'un accident ☞ sanitaire, le montant de l'indemnité compensant le préjudice patrimonial du bénéficiaire réglée au titre de la solidarité nationale par l'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux (ONIAM), des affections iatrogènes et des infections nosocomiales,
 - lorsque l'assuré a été victime d'une infraction pénale, le montant de l'indemnité compensant les pertes de revenus des proches, réglée par le Fonds de Garantie des victimes des actes de Terrorisme et d'autres Infractions (FGTI).

17-4 CONDITION DE VERSEMENT

L'indemnité est versée sous forme d'un capital dont le montant ne peut être révisé en cas de modification ultérieure des prestations des tiers payeurs.

17-5 EXCLUSION

Outre les exclusions communes prévues à l'article 19 ci-après, nous ne garantissons pas le préjudice patrimonial à la suite d'un accident ☞ dans la réalisation duquel est impliqué un véhicule terrestre à moteur, ainsi que ses remorques ou semi-remorques, autres que les véhicules ferroviaires et les tramways circulant sur des voies qui leur sont propres.

Lorsque vous décédez des suites d'un accident ✚ après qu'une indemnité vous a été versée au titre des garanties en cas de blessures, les indemnités dues au titre des garanties en cas de décès sont versées au(x) bénéficiaire(s) après déduction des sommes déjà réglées par Nous au titre des garanties en cas de blessures et dans les limites des plafonds figurant à l'article 4-1 ci-avant.

1 - Sont exclues des garanties les atteintes corporelles résultant :

- des affections ou lésions de toute nature :
 - qui ne sont pas la conséquence certaine, directe et exclusive de l'événement accidentel déclaré,
 - ou qui sont imputables à une maladie connue ou inconnue de l'assuré ainsi qu'aux pertes de conscience subites que cette maladie peut engendrer,
- des lésions internes suivantes :
 - les affections musculaires, articulaires, tendineuses, telles que ruptures musculaires ou tendineuses,
 - les pathologies vertébrales, telles que lombalgies, sciatiques et hernies discales, sauf si elles résultent d'un accident ✚ garanti ayant entraîné la fracture d'un corps vertébral,
 - les affections cardio-vasculaires et vasculaires cérébrales,
 - les affections virales, microbiennes, parasitaires et infectieuses y compris suite à une piqûre d'insecte ou consécutives à une contamination par prions,
- de l'existence de hernies inguinales, crurales ou ombilicales,
- d'une expérimentation biomédicale,
- d'aggravations de blessures, de rechutes, et de façon générale, de tout dommage en relation avec un accident ✚ survenu avant la date de prise d'effet du contrat,
- d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de transmutations de noyaux d'atomes,
- de radiations provoquées par l'accélération artificielle de particules ou émises par des combustibles nucléaires ou par des produits ou des déchets radioactifs,
- directement ou indirectement de guerre civile ou étrangère, insurrection, émeute, complot, mouvement populaire, attentat auxquels l'assuré a pris une part active, ou si l'assuré y participe, d'interventions militaires,
- de la manipulation volontaire par l'assuré d'un engin de guerre ou d'explosifs dont la détention est interdite,
- de troubles psychiques survenus par le fait ou à l'occasion du travail,
- de tout suicide ou de toute tentative de suicide,
- d'une mutilation volontaire,
- de la participation volontaire de l'assuré à un défi, un pari, une lutte ou une rixe,
- de la participation active de l'assuré ou d'un bénéficiaire à un acte illicite constituant un crime ou un délit intentionnel au sens des dispositions du Code Pénal,
- d'une intervention chirurgicale, médicale, obstétricale ou esthétique, entreprise sur l'assuré par lui-même ou par un tiers non muni des diplômes exigés par la réglementation française pour effectuer celle-ci,
- de la pratique d'un sport à titre professionnel.

2 - Sont également exclues des garanties les atteintes corporelles survenues alors que l'assuré est :

- en état d'ivresse manifeste ou sous l'emprise d'un état alcoolique ou sous l'influence de stupéfiants ;
L'état alcoolique est caractérisé par la présence dans le sang d'une concentration d'alcool pur égale ou supérieure à 0,50 gramme pour mille ou la présence dans l'air expiré d'une concentration d'alcool pur égale ou supérieure à 0,25 milligramme par litre. Lorsque l'assuré, titulaire d'un permis probatoire ou en apprentissage anticipé, encadré ou supervisé de la conduite, est conducteur d'un véhicule terrestre à moteur, ce taux est abaissé à 0,20 gramme pour mille ou à 0,10 milligramme par litre d'air expiré.
Cette exclusion n'est pas opposable au conjoint ✚ et aux enfants (mineurs, majeurs de moins de vingt-cinq ans, majeurs dont l'assuré ou son conjoint ✚ a la tutelle ou la curatelle et qui sont économiquement à la charge ✚ de l'assuré décédé) bénéficiaires du capital décès et de l'indemnité correspondant au préjudice patrimonial en cas de décès de l'assuré.
- conducteur ou occupant d'un véhicule volé,
- conducteur d'un véhicule pour lequel il n'a pas l'âge requis ou n'est pas titulaire des certificats (permis de conduire, licence de circulation), en état de validité, exigés par la réglementation pour la conduite de ce véhicule même s'il prend une leçon de conduite ou est assisté d'une personne titulaire du permis de conduire,
- occupant d'un véhicule dont le conducteur n'a pas l'âge requis ou n'est pas titulaire des certificats (permis de conduire, licence de circulation) en état de validité exigés par la réglementation pour la conduite de ce véhicule même si ce conducteur prend une leçon de conduite ou est assisté d'une personne titulaire du permis de conduire.

DU SINISTRE À L'INDEMNISATION

Section I - VOS OBLIGATIONS ET NOTRE ENGAGEMENT QUALITÉ EN CAS DE SINISTRE

ARTICLE 20

Vos obligations

20-1 PRENDRE LES MESURES NÉCESSAIRES

Vous devez nous fournir toutes les informations et prendre toutes les dispositions nécessaires à la gestion et au bon règlement du sinistre ☞.

20-2 NOUS INFORMER

DÉLAI DE DÉCLARATION	
Déclaration	Dès que vous avez connaissance du sinistre ☞, sauf cas fortuit ou de force majeure, vous devez nous en faire la déclaration par écrit – de préférence par lettre recommandée – ou verbalement.
Délai	5 jours ouvrés maximum
Sanction	Vous pouvez encourir la déchéance ☞ de votre droit à garantie en cas de retard dans la déclaration dès lors que ce manquement nous cause un préjudice.

FORMALITÉS À RESPECTER ET INFORMATIONS À NOUS DÉLIVRER	
Dans votre déclaration	Vous devez nous indiquer, dans votre déclaration ou, en cas d'impossibilité, dans le plus bref délai : <ul style="list-style-type: none"> • la date et les circonstances du sinistre ☞, ses causes connues ou présumées et ses conséquences, • les coordonnées des personnes dont vous avez connaissance : le nom et l'adresse des victimes, des témoins, de l'auteur du sinistre ☞ ou de la personne civilement responsable, • si un procès-verbal a été établi, et dans l'affirmative par quelle autorité.
Au cours de la gestion de votre dossier	<ul style="list-style-type: none"> • En cas de blessures : <ol style="list-style-type: none"> 1 - vous vous engagez à fournir, sous pli confidentiel à l'attention de notre service médical : <ul style="list-style-type: none"> - les données médicales nécessaires pour vérifier l'imputabilité du dommage et obtenir l'indemnisation de votre préjudice, - dans les 10 jours suivant sa réception, le questionnaire transmis par nous, intégralement complété et accompagné d'un certificat médical descriptif des blessures établi par le médecin qui a examiné initialement la victime, 2 - ultérieurement, à notre demande, vous vous engagez à : <ul style="list-style-type: none"> - vous rendre à toute demande de rendez-vous du médecin expert désigné par nous ou accepter sa visite, - nous communiquer les documents permettant de connaître le montant définitif des prestations énumérées à l'article 29 de la loi n° 85-677 du 5 juillet 1985 (Annexe I) et des indemnités versées par l'ONIAM, le FGTI, ainsi que par le(s) responsable(s) de l'accident, son assureur ou tout organisme débiteur d'indemnités. • En cas de décès, le bénéficiaire doit nous communiquer : <ol style="list-style-type: none"> 1 - sous pli confidentiel à l'attention de notre service médical, dans les 10 jours suivant sa réception, le questionnaire transmis par nous, intégralement complété et accompagné d'un extrait d'acte de décès et d'un certificat médical précisant que le décès est consécutif à l'accident ☞, 2 - ultérieurement, à notre demande, les documents permettant de connaître le montant définitif des prestations énumérées à l'article 29 de la loi n° 85-677 du 5 juillet 1985 (Annexe I) et des indemnités versées par l'ONIAM, le FGTI, ainsi que par le(s) responsable(s) de l'accident, son assureur ou tout organisme débiteur d'indemnités.
Sanction	<p>En cas d'inexécution des prescriptions prévues, nous serons fondés à réclamer une indemnité proportionnelle aux dommages que cette inexécution nous aura causés.</p> <p>Est déchu de tout droit à garantie l'assuré qui, sciemment :</p> <ul style="list-style-type: none"> • fait de fausses déclarations sur la nature, les circonstances, les causes, les conséquences du sinistre ☞, • emploie comme justifications des moyens frauduleux ou des documents mensongers. <p>Le refus non justifié de l'assuré de se soumettre aux dispositions prévues entraîne la perte de tout droit à indemnisation pour l'événement en cause.</p>

NOTRE ENGAGEMENT QUALITÉ	
Information	Nous vous informons de notre position ou de nos attentes par tout moyen (courrier, téléphone...) dans les 5 jours ouvrés de la réception de votre déclaration, sous réserve de la force majeure qui est notamment constituée lorsque des événements exceptionnels atteignent un très grand nombre de victimes. Nous vous précisons régulièrement l'état d'évolution de votre dossier et restons disponibles pour vous conseiller ou vous apporter les explications nécessaires.
Gestion de votre dossier	Nous nous chargeons, en cas de sinistre ✎ garanti, de l'instruction et de la gestion du dossier et faisons procéder à nos frais aux opérations d'expertises nécessaires. En cas de décès, nous nous réservons la possibilité de faire procéder à une expertise médicale sur pièces.
Traitement de nos désaccords	<p>Expertise</p> <p>1 - Litige d'ordre médical Dans le cas où l'assuré ou le(s) bénéficiaire(s), d'une part, et nous, d'autre part, ne peuvent pas se mettre d'accord soit sur les causes du décès soit sur la qualification ou les taux retenus pour l'un quelconque des préjudices garantis, notamment ceux de l'incapacité permanente ✎, leur différend est soumis à deux médecins choisis l'un par l'assuré ou ses ayants droit, l'autre par nous.</p> <p>Si ces deux médecins ne peuvent se mettre d'accord, les parties en choisissent un troisième pour les départager et, si elles ne s'entendent pas sur le choix de ce dernier ou, faute par l'une des parties de désigner son expert, la désignation en est faite à la requête de la partie la plus diligente par le Président du Tribunal de Grande Instance du lieu de l'accident ✎ ou du domicile de la victime.</p> <p>Les parties prennent l'une et l'autre en charge les honoraires et frais du médecin qu'elles ont respectivement choisi. Elles supportent par moitié les honoraires et frais du troisième médecin.</p> <p>2 - Litige au sujet du calcul des indemnités Dans le cas où l'assuré ou le(s) bénéficiaire(s), d'une part, et nous, d'autre part, ne peuvent pas se mettre d'accord sur le montant des indemnités devant être attribuées, la résolution du différend peut être recherchée par la mise en œuvre de la procédure de Traitement des réclamations.</p> <p>Traitement des réclamations Cette procédure est décrite dans la partie dédiée ci-après « Modalités d'examen des réclamations ».</p>
Paiement de l'indemnité	<p>1 - Offre définitive Nous nous engageons à présenter une offre définitive d'indemnisation à l'assuré ou au(x) bénéficiaire(s), dans le mois suivant la réception de l'ensemble des pièces justificatives que nous leur aurons réclamé ou des conclusions d'expertise fixant définitivement le taux d'incapacité.</p> <p>2 - Offre provisoire Si le médecin expert ne peut conclure de façon définitive mais estime que l'incapacité permanente ✎ directement imputable à l'accident ✎ sera au minimum de 10 %, une offre provisionnelle sera faite dans le mois suivant la réception des conclusions médicales provisoires. Le montant de l'indemnité provisionnelle est déduit du montant de l'offre définitive d'indemnisation. En cas de solde négatif, l'assuré n'est pas tenu de restituer le trop perçu.</p> <p>3 - Paiement Le paiement des indemnités est effectué par nous dans un délai de 1 mois à partir de l'acceptation de l'offre.</p> <p>Avance sur recours</p> <p>Lorsque l'accident ✎ engage la responsabilité totale ou partielle d'un tiers, quel qu'il soit, les indemnités sont versées à titre d'avance sur la réparation de l'ensemble du préjudice de l'assuré ou du bénéficiaire dont est redevable, le tiers responsable, son assureur ou tout organisme débiteur d'indemnités, de toute nature, du chef du même préjudice.</p> <p>Aucune indemnité n'est versée à titre d'avance à l'assuré, sur les sommes à percevoir de l'ONIAM ou du FGTI, lorsqu'il est victime d'un accident ✎ sanitaire ou d'une infraction pénale.</p> <p>Toutefois, les indemnités suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • indemnité de base en cas d'incapacité permanente ✎, • capital décès, • forfait hospitalisation, <p>sont définitivement acquises à l'assuré ou au(x) bénéficiaire(s).</p>
Transparence	En cas de désaccord entre vous et nous sur le montant de l'indemnité devant être versée, nous nous engageons à vous régler les sommes que nous estimons vous devoir sans attendre l'issue de la procédure d'expertise ou de Traitement des réclamations.
En cas de non-respect de nos engagements	Si nous ne respectons pas notre Engagement Qualité à l'occasion du traitement de votre dossier, vous disposez du droit de résilier le contrat dont les garanties ont été mises en jeu. Ce droit peut s'exercer à tout moment du traitement du dossier et au plus tard 12 mois après la date de survenance du sinistre ✎.

Subrogation

Nous sommes subrogés, conformément aux dispositions des articles L. 121-12, L. 131-2 et L. 211-25 du Code des Assurances, jusqu'à concurrence de l'indemnité que nous avons payée, dans vos droits et actions contre le(s) responsable(s) du sinistre ¶, son assureur ou tout organisme débiteur d'indemnités.

Lorsque la garantie porte sur l'indemnisation des préjudices résultant d'une atteinte à la personne, nous sommes subrogés dans les droits de la victime et de ses ayants droit si :

- une avance a été faite au titre des pertes de revenus professionnels, indemnité complémentaire, souffrances endurées, préjudice esthétique permanent, frais de prothèse et/ou fauteuil roulant, frais d'aménagement, frais d'obsèques, préjudice patrimonial,
- un crédit de services à la personne a été utilisé.

Si de votre fait, la subrogation ¶ ne peut s'opérer, totalement ou partiellement, notre garantie est supprimée ou réduite proportionnellement aux droits dont nous avons été privés.

Conformité du risque déclaré à la réalité

S'assurer, c'est s'engager dans une relation juridique qui comporte, pour chacun, des droits et des obligations. Le contrat est établi sur la base de vos déclarations. Vous devez donc répondre à toutes les questions que nous vous posons et, en particulier, celles portant sur les points indiqués à l'article 23-1 ci-après.

23-1 ÉLÉMENTS DU RISQUE À NOUS DÉCLARER

Vous devez :

A – À la souscription du contrat

Répondre aux questions qui vont nous permettre d'identifier la nature du risque à assurer et confirmer, par votre signature, l'exactitude des déclarations figurant aux Conditions Particulières et leurs annexes [✎] établies si nécessaire.

Le souscripteur [✎] doit également nous déclarer si lui-même ou les assurés mentionnés aux Conditions Particulières [✎] sont déjà titulaires d'autres contrats couvrant le risque « accident [✎] corporel ».

B – En cours de contrat

Déclarer tout changement portant sur l'un des éléments déclarés à la souscription notamment ceux mentionnés aux Conditions Particulières et leurs annexes [✎], **par lettre recommandée, télécopie ou courrier électronique dans les 15 jours où vous avez eu connaissance de circonstances nouvelles aggravant les risques ou en créant de nouveaux.**

Si la modification constitue une aggravation du risque, nous pouvons, dans les conditions prévues à l'article L.113-4 du Code des Assurances, soit résilier le contrat, soit proposer un nouveau montant de cotisation. Si vous n'acceptez pas le nouveau montant de cotisation, nous pouvons résilier le contrat (cas n°9 de l'article 28-1 ci-après).

Nous considérons comme un élément susceptible d'aggraver le risque, l'importance des capitaux garantis au titre d'un ou plusieurs contrats en cas de décès accidentel ou d'incapacité permanente [✎] de l'assuré.

C – À la souscription et en cours de contrat

Déclarer toute renonciation de votre part à un recours éventuel à l'encontre de tout responsable d'un sinistre [✎].

23-2 OBLIGATIONS NON RESPECTÉES

En cas de réticence ou de déclaration intentionnellement fautive, d'omission ou de déclaration inexacte de votre part, d'éléments du risque qui devaient être déclarés à la souscription ou en cours de contrat, vous pouvez vous voir opposer les sanctions prévues par le Code des Assurances :

- *en cas de mauvaise foi : nullité du contrat [✎] (article L.113-8),*
- *lorsque la mauvaise foi n'est pas établie : réduction des indemnités [✎] (article L.113-9).*

La résiliation du contrat motivée par une réticence ou une inexactitude dans la déclaration du risque (cas n° 10 de l'article 28-1 ci-après) n'implique pas renonciation de notre part à nous prévaloir des sanctions visées ci-avant.

Vous pouvez également, en cas de retard dans la déclaration de circonstances nouvelles aggravant les risques ou en créant de nouveaux, encourir la déchéance [✎] de votre droit à garantie, si ce retard a été pour nous à l'origine d'un préjudice et ne résulte pas d'un cas fortuit ou de force majeure.

Communication d'informations ou de documents sur support durable

Conformément à l'article L. 111-10 du Code des Assurances, vous pouvez vous opposer, dès l'entrée en relation ou à tout moment, à l'utilisation du support durable [✎] que nous utilisons pour vous communiquer des informations ou documents en vue de revenir à l'utilisation du support papier.

Formation, modification et durée de votre contrat

25-1 FORMATION

Les garanties de votre contrat prennent effet aux date et heure indiquées aux Conditions Particulières [✎], sous réserve que le paiement de votre première cotisation ou première fraction de cotisation soit honoré.

25-2 MODIFICATION

La proposition de modification du contrat demandée par lettre recommandée, télécopie ou courrier électronique prend effet aux date et heure que vous nous indiquez, mais au plus tôt aux date et heure d'envoi de votre lettre recommandée ou aux date et heure de réception de votre télécopie ou courrier électronique.

Nous nous réservons le droit d'interrompre la garantie dans les 10 jours de la réception de cette proposition : la garantie cesse alors 10 jours après l'envoi d'une lettre recommandée vous avisant de cette interruption.

La date et l'heure d'envoi des lettres recommandées sont celles indiquées sur le cachet apposé par les services postaux.

25-3 DURÉE

Le contrat a une durée d'un an. La première année, il est conclu pour la période comprise entre sa date d'effet et la date d'échéance annuelle, indiquée aux Conditions Particulières ¶ .

Sauf convention contraire, il est, à cette échéance, reconduit de plein droit par tacite reconduction ¶ d'année en année, à moins que vous ou nous ne fassions usage du droit de résiliation dans les formes et conditions prévues à l'article 28-1 ci-après.

26-1 DÉFINITION

Votre engagement est annuel. La cotisation correspond au coût des garanties souscrites auquel viennent s'ajouter :

- les accessoires de cotisation, notamment les frais de gestion annuels du contrat,
- les impôts et taxes établis sur les contrats d'assurance et dont la récupération n'est pas interdite.

26-2 PAIEMENT

La cotisation annuelle est payable d'avance.

Elle peut cependant être réglée en plusieurs fractions. Ce fractionnement ne concerne que le paiement et ne remet pas en cause le caractère annuel de la cotisation.

À défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation, nous pouvons, dans les conditions et délais prévus par l'article L. 113-3 du Code des Assurances, suspendre la garantie et, éventuellement, résilier le contrat (cas n° 8 de l'article 28-1 ci-après), les frais engendrés par l'envoi de la lettre recommandée et/ou, le cas échéant, de prélèvement ou tout autre moyen de paiement non honoré étant alors à votre charge.

26-3 RÉVISION

La révision de la cotisation ¶ est annuelle.

Nous pouvons réviser au premier jour de chaque année civile le tarif applicable aux risques garantis.

La cotisation annuelle de référence est alors modifiée dans la même proportion.

Le nouveau tarif, dont nous vous informons dans les formes habituelles, s'applique à l'échéance annuelle indiquée aux Conditions Particulières ¶ ou dès le jour de l'avenant ¶ en cas de modification du contrat.

Vous pouvez résilier le contrat (cas n° 4 de l'article 28-1) en cas de majoration consécutive à la révision de la cotisation annuelle. Le prorata de cotisation afférent à la période de garantie allant jusqu'à la date de résiliation est alors calculé sur la base de l'ancien tarif et demeure exigible. À défaut de résiliation, la nouvelle cotisation est considérée comme acceptée par vous.

Toute action dérivant du présent contrat, qu'il s'agisse de sa validité ou de son exécution, est prescrite par deux ans à compter de l'événement qui lui donne naissance dans les conditions déterminées par les articles L.114-1, L.114-2 et L. 114-3 du Code des Assurances.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où 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.

Le délai de prescription ¶ est porté à dix ans, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

La prescription ¶ peut être interrompue :

- par l'une des causes ordinaires, notamment :
 - la reconnaissance par le débiteur du droit du créancier (article 2240 du Code Civil),
 - une demande en justice, même en référé, même portée devant une juridiction incompétente ou annulée par l'effet d'un vice de procédure (article 2241 du Code Civil),
 - un acte d'exécution forcée (article 2244 du Code Civil),
- ainsi que dans les cas suivants :
 - la désignation d'un expert à la suite d'un sinistre ¶ ,
 - l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception par notre Société à vous-même en ce qui concerne le paiement des cotisations ou, par vous-même à notre Société en ce qui concerne le règlement des indemnités.

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.

Résiliation de votre contrat et droit de renonciation

28-I TABLEAU RÉCAPITULATIF DES CAS ET CONDITIONS DE RÉSILIATION DE VOTRE CONTRAT

Les références précédées des lettres « L » et « R » correspondent, sauf mention contraire, au Code des Assurances :

L : LOI - R : DÉCRET

CAS N°	MOTIF DE LA RÉSILIATION	INITIATIVE DE LA RÉSILIATION	DATE DE PRISE D'EFFET DE LA RÉSILIATION	CONDITIONS	TEXTE APPLICABLE
1	Opposition au renouvellement du contrat par tacite reconduction ↗	Vous ou nous	Date d'échéance annuelle indiquée aux Conditions Particulières ↗	Délai de préavis à respecter : - vous : 1 mois - nous : 2 mois	L.113-12
2	Envoi de l'avis d'échéance moins de 15 jours avant la fin du droit d'opposition au renouvellement du contrat par tacite reconduction ↗, ou après cette date	Vous	<ul style="list-style-type: none"> Date d'échéance annuelle indiquée aux Conditions Particulières ↗ si la demande est formulée avant celle-ci Le lendemain de la date figurant sur le cachet de La Poste si la demande est formulée après la date d'échéance annuelle 	<ul style="list-style-type: none"> Envoi par nous de l'avis d'échéance annuelle indiquée aux Conditions Particulières ↗ Demande de résiliation formulée dans les 20 jours de cet envoi 	L.113-15-1
3	Changement de votre situation portant sur l'un des éléments suivants : domicile, situation matrimoniale, régime matrimonial, profession	Vous ou nous	1 mois après notification de la résiliation à l'autre partie	La résiliation doit faire l'objet d'une notification dans le délai de 3 mois suivant l'événement qui la motive	L.113-16
4	Majoration résultant de la révision de la cotisation annuelle	Vous	30 jours après notification de votre demande de résiliation	Vous disposez de 30 jours à compter de la réception de l'avis d'échéance pour nous demander la résiliation de votre contrat	Article 26-3 des Conditions Générales ↗
5	Diminution du risque	Vous	30 jours après notification de votre demande de résiliation	Nous devons avoir refusé de réduire la cotisation en proportion de la diminution du risque	L.113-4
6	Résiliation par nous d'un autre de vos contrats après sinistre ↗	Vous	1 mois après notification de votre demande de résiliation	Nous devons avoir préalablement résilié après sinistre ↗ un autre de vos contrats	R.113-10
7	Décès du souscripteur ↗	De plein droit	<ul style="list-style-type: none"> 30 jours après le décès pour les formules « famille » et « couple ». Dans ce cas cependant, les droits et obligations du souscripteur ↗ peuvent, avec notre accord, être transférés sur l'une des autres personnes assurées le lendemain à 0 heure du jour du décès pour la formule « individuelle » 	Aucune	Article 28 des Conditions Générales ↗
8	Non-paiement de la cotisation	Nous	40 jours après l'envoi de la lettre recommandée de mise en demeure ou, lorsque cette lettre ne prévoit pas la résiliation du contrat, le jour de l'envoi d'une nouvelle lettre recommandée destinée à notifier la résiliation du contrat pour non-paiement	Envoi préalable d'une lettre recommandée de mise en demeure	L.113-3 R.113-1
9	Aggravation du risque	Nous	10 jours après notification de la résiliation ou 30 jours après l'envoi d'une proposition avec un nouveau montant de cotisation à laquelle vous ne donnez pas suite ou que vous refusez expressément	Aggravation de l'un des éléments du risque mentionnés à l'article 23-I-B des Conditions Générales ↗	L.113-4
10	Réticence ou inexactitude dans la déclaration du risque à la souscription ou en cours de contrat	Nous	10 jours après notification de la résiliation	Réticence ou fausse déclaration ayant eu pour effet de modifier l'opinion que nous nous étions faite du risque	L.113-8 L.113-9

CAS N°	MOTIF DE LA RÉSILIATION	INITIATIVE DE LA RÉSILIATION	DATE DE PRISE D'EFFET DE LA RÉSILIATION	CONDITIONS	TEXTE APPLICABLE
11	Survenance d'un sinistre ¶	Nous	1 mois après notification de la résiliation	Nous ne pourrons plus résilier, si passé le délai d'un mois après connaissance du sinistre ¶, nous avons accepté le paiement d'une cotisation pour une période postérieure à ce sinistre ¶	R.113-10
12	Non-respect de notre Engagement Qualité	Vous	Dès réception de votre demande de résiliation	À tout moment dans les 12 mois de la survenance du sinistre ¶	Article 21 des Conditions Générales ¶

28-2 FORME ET DÉLAIS DE RÉSILIATION

A – La résiliation à votre initiative nous est notifiée :

- soit par lettre recommandée

Dans les cas n° 1 et 2, le délai de préavis est décompté à partir de la date d'envoi de cette lettre.

Dans les autres cas, le délai commence à courir le jour de la première présentation de la lettre par les services postaux.

- soit par une déclaration faite à notre Siège social ou dans l'une de nos Agences.

Le délai est alors décompté à partir du jour de la déclaration.

B – La résiliation à notre initiative vous est notifiée par lettre recommandée (avec accusé de réception dans le cas n° 3) adressée au dernier domicile que vous nous avez notifié.

Les délais de préavis et de résiliation sont décomptés, sauf dans les cas n° 1 et n° 8, à partir de la date de première présentation de notre lettre par les services postaux au dernier domicile que vous nous avez notifié.

Dans le cas n° 1, le délai de préavis est décompté à partir de la date d'envoi de la lettre recommandée.

Dans le cas n° 8, la résiliation intervient à la date d'envoi de la lettre recommandée notifiant cette résiliation, sauf si celle-ci est annoncée dans la lettre recommandée valant mise en demeure de régler la cotisation impayée. Dans ce dernier cas, la résiliation intervient automatiquement 40 jours après l'envoi de cette lettre recommandée de mise en demeure.

28-3 RÉSILIATION EN COURS DE PÉRIODE D'ASSURANCE

A – Nous avons droit au paiement de la cotisation couvrant la période antérieure à la résiliation.

B – Nous avons droit également de réclamer ou de conserver la fraction de cotisation couvrant la période démarrant à compter de la date d'interruption des garanties lorsque la résiliation est consécutive au non-paiement de la cotisation.

C – Dans les autres cas, nous remboursons la fraction de cotisation postérieure à la résiliation, lorsque cette cotisation a été payée d'avance.

28-4 DROIT DE RENONCIATION EN CAS DE SOUSCRIPTION À DISTANCE

A – Vous disposez d'un droit de renonciation (article L. 112-2-1 du Code des Assurances) :

- lorsque la souscription du contrat a été réalisée à distance,
- et que vous êtes une personne souscrivant à titre privé.

B – La demande doit nous être notifiée :

- soit par lettre recommandée,
- soit par déclaration faite à notre Siège social ou dans l'une de nos Agences.

Elle doit être effectuée dans un délai de 14 jours calendaires révolus à compter de la réception des documents contractuels.

Vous devez adresser votre lettre à « AMF Assurances 76030 Rouen Cedex 1 » rédigée selon le modèle ci-dessous :

« Je soussigné(e) (nom, prénom, adresse) souhaite par cette lettre renoncer au contrat Multirisques Accidents de la Vie n° XX souscrit le XX/XX/XX ».

C – Les effets de la renonciation varient en fonction de la date à laquelle vous exprimez votre demande :

- lorsqu'elle est formulée avant la date de prise d'effet des garanties, votre contrat est annulé.

Dans ce cas, nous vous remboursons l'intégralité de la cotisation perçue au titre de ce contrat dans un délai maximum de 30 jours.

- lorsqu'elle est formulée postérieurement à la date d'effet des garanties, la renonciation entraîne la résiliation de votre contrat au lendemain à 0 heure de la date d'envoi de votre lettre ou du dépôt de votre déclaration dans l'une de nos Agences. Dans ce cas, nous vous remboursons la fraction de cotisation postérieure à la résiliation dans un délai maximum de 30 jours.

28-5 DROIT DE RENONCIATION EN CAS DE SOUSCRIPTION SUITE À UN DÉMARCHAGE

A - Vous disposez d'un droit de renonciation (article L. 112-9 du Code des Assurances) :

- lorsque la souscription du contrat a été réalisée dans le cadre d'un démarchage à votre domicile ou sur votre lieu de travail,
- et que vous êtes une personne souscrivant à titre privé.

B - La demande doit nous être notifiée :

- soit par lettre recommandée,
- soit par déclaration faite à notre Siège social ou dans l'une de nos Agences.

Elle doit être effectuée dans un délai de 14 jours calendaires révolus à compter de la conclusion du contrat.

Vous devez adresser votre lettre à « AMF Assurances 76030 Rouen Cedex 1 » rédigée selon le modèle ci-dessous :

« Je soussigné(e) (nom, prénom, adresse) souhaite par cette lettre renoncer au contrat Multirisques Accidents de la Vie n° ... souscrit le XX/XX/XX. »

C - Les effets de la renonciation varient en fonction de la date à laquelle vous exprimez votre demande :

- lorsqu'elle est formulée avant la date de prise d'effet des garanties, votre contrat est annulé,
Dans ce cas, nous vous remboursons l'intégralité de la cotisation perçue au titre de ce contrat dans un délai maximum de 30 jours.
- lorsqu'elle est formulée postérieurement à la date de prise d'effet des garanties, la renonciation entraîne la résiliation de votre contrat au lendemain à 0 heure de la date d'envoi de votre lettre ou du dépôt de votre déclaration dans l'une de nos Agences.
Dans ce cas, nous vous remboursons la fraction de cotisation postérieure à la résiliation dans un délai maximum de 30 jours.

ANNEXES

I - TEXTE DE L'ARTICLE 29 DE LA LOI N° 85-677 DU 5 JUILLET 1985	Page 27
II - INDEMNISATION DES SOUFFRANCES ENDURÉES ET DU PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE PERMANENT	Page 28
III - EXEMPLES	Page 29

TEXTE DE L'ARTICLE 29 DE LA LOI N° 85-677 DU 5 JUILLET 1985

Seules les prestations énumérées ci-après versées à la victime d'un dommage résultant des atteintes à sa personne ouvrent droit à un recours contre la personne tenue à réparation ou son assureur :

1 - Les prestations versées par les organismes, établissements et services gérant un régime obligatoire de Sécurité sociale et par ceux qui sont mentionnés aux articles 1106-9, 1234-8 et 1234-20 du Code Rural*.

2 - Les prestations énumérées au II de l'article 1^{er} de l'ordonnance n° 59-76 du 7 janvier 1959 relative aux actions en réparation civile de l'État et de certaines autres personnes publiques.

3 - Les sommes versées en remboursement des frais de traitement médical et de rééducation.

4 - Les salaires et les accessoires du salaire maintenus par l'employeur pendant la période d'inactivité consécutive à l'événement qui a occasionné le dommage.

5 - Les indemnités journalières de maladie et les prestations d'invalidité versées par les groupements mutualistes régis par le Code de la Mutualité (Loi n° 94-678 du 8 août 1994, art. 15), « les institutions de prévoyance régies par le Code de la Sécurité sociale ou le Code Rural et les Sociétés d'Assurance régies par le Code des Assurances ».

* Ces textes ont été abrogés. Sont visés les organismes relevant de la Mutualité Sociale Agricole (Code Rural et de la Pêche Maritime).

INDEMNISATION DES SOUFFRANCES ENDURÉES ET DU PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE PERMANENT

Souffrances endurées		Qualification	Préjudice esthétique permanent	
Niveau 1	Niveau 2		Niveau 1	Niveau 2
250 €	250 €	0,5	250 €	250 €
600 €	600 €	1	600 €	600 €
800 €	800 €	1,5	800 €	800 €
1 200 €	1 200 €	2	1 200 €	1 200 €
1 700 €	1 700 €	2,5	1 700 €	1 700 €
2 500 €	2 500 €	3	2 500 €	2 500 €
3 500 €	3 500 €	3,5	3 500 €	3 500 €
5 000 €	5 000 €	4	5 000 €	5 000 €
7 500 €	7 500 €	4,5	7 500 €	7 500 €
10 000 €	10 000 €	5	10 000 €	10 000 €
14 000 €	17 500 €	5,5	14 000 €	17 500 €
20 000 €	25 000 €	6	20 000 €	25 000 €
25 000 €	32 500 €	6,5	25 000 €	32 500 €
32 000 €	40 000 €	7	32 000 €	40 000 €

EXEMPLES

Les exemples ci-dessous sont élaborés à titre indicatif, conformément aux règles en vigueur et aux dispositions prévues aux présentes Conditions Générales ¹, à la date d'édition de ces dernières.

EXEMPLE

1

Madame V. est âgée de 30 ans, elle n'exerce aucune profession.

Lors d'une activité sportive, elle s'est occasionnée une fracture.

Les blessures imputables à cet accident ¹ ont entraîné :

- une incapacité temporaire totale ¹ de 30 jours, l'empêchant d'accomplir ses occupations habituelles,
- une incapacité permanente ¹ partielle de 12 %,
- des souffrances endurées estimées à 3/7,
- un préjudice esthétique permanent estimé à 1/7.

En l'absence de prestations prévues à l'article 29 de la loi du 5 juillet 1985, les garanties du contrat MULTIRISQUES ACCIDENTS DE LA VIE vont lui permettre de recevoir les indemnités suivantes :

Garanties	Modalités de calcul	Niveau 1	Niveau 2
Incapacité permanente ¹ Indemnité de base	Taux d'incapacité X Valeur de point correspondant à ce taux (art 4-1 et 8-4-A) Niveau 1 : 12 X 130 € Niveau 2 : 12 X 600 €	1 560 €	7 200 €
Incapacité permanente ¹ Indemnité complémentaire	Taux d'incapacité X Valeur de point correspondant à ce taux (art 4-1 et 8-4-B) Niveau 1 : 12 X 2 350 € Niveau 2 : 12 X 3 250 €	28 200 €	39 000 €
Souffrances endurées	Article 9 et Annexe II	2 500 €	2 500 €
Préjudice esthétique permanent	Article 9 et Annexe II	600 €	600 €
Services à la personne	Articles 4-1 et 12	Crédit de services à la personne de 10h	Crédit de services à la personne de 10h
Total		32 860 € + crédit de services à la personne	49 300 € + crédit de services à la personne

Monsieur A. âgé de 40 ans, a été très sérieusement blessé à l'occasion de son travail, par l'explosion d'une machine.

Les blessures imputables à cet accident [¶] ont entraîné :

- une hospitalisation de plusieurs mois,
- un arrêt de travail de 18 mois,
- une incapacité permanente [¶] de 80 % lui interdisant l'exercice de toute activité professionnelle et lui imposant d'avoir recours à une aide humaine [¶], 2 heures par jour, pour faire face aux actes de la vie courante.

L'importance de cette incapacité lui impose de procéder :

- à l'acquisition d'un fauteuil roulant à propulsion manuelle équipé d'un verticalisateur (3 000 €),
- à l'aménagement des commandes de son véhicule (6 000 €),
- à l'aménagement de son logement (70 000 €),
- des souffrances endurées estimées à 6/7,
- un préjudice esthétique permanent estimé à 6/7.

Les garanties du contrat MULTIRISQUES ACCIDENTS DE LA VIE vont lui permettre de recevoir les indemnités suivantes :

Garanties	Modalités de calcul	Niveau 1	Niveau 2
Incapacité permanente [¶] Indemnité de base	Taux d'incapacité majoré pour inaptitude au travail (80 % portés à 100 %) et assistance par tierce personne (art 4-1 et 8-3-A) Niveau 1 : 100 X 750 € Niveau 2 : 100 X 1 650 €	75 000 €	165 000 €
Incapacité permanente [¶] Indemnité complémentaire	Taux d'incapacité majoré pour inaptitude au travail (80 % portés à 100 %) et assistance par tierce personne (art 4-1 et 8-3-A) Détail du calcul infra	159 552 € *	364 552 € *
Souffrances endurées	Article 9 et Annexe II	20 000 €	25 000 €
Préjudice esthétique permanent	Article 9 et Annexe II	20 000 €	25 000 €
Frais de fauteuil roulant	Art 4-1 et 10 Indemnité correspondant à la différence entre le prix d'acquisition du fauteuil roulant et le remboursement à ce titre par la CPAM (2 344 €) Soit 3 000 € - 2 344 €	656 €	656 €
Frais d'aménagement du logement	Art 4-1 et 11	60 000 €	70 000 €
Frais d'aménagement du véhicule	Art 4-1 et 11	6 000 €	6 000 €
Services à la personne	Art 4-1 et 12	Crédit de services à la personne de 60h (après application de la majoration de 50 %)	Crédit de services à la personne de 60h (après application de la majoration de 50 %)
Forfait hospitalisation	Art 4-1 et 13	1 500 €	1 500 €
Pertes de revenus professionnels	Art 4-1 et 14 Indemnité correspondant à la différence entre les salaires qu'il aurait perçus durant 18 mois – indemnités journalières versées par la CPAM	1 560 €	1 560 €
Total		344 268 € + crédit de services à la personne	659 268 € + crédit de services à la personne

* Calcul du capital complémentaire :

Niveau 1 :

Indemnité correspondant à la différence entre :

- d'une part, le taux d'incapacité (80 % portés à 100 % en raison de l'incapacité professionnelle) multiplié par la valeur du point correspondant à ce taux (8 175 € valeur majorée en raison de la nécessité d'avoir recours à une aide humaine ⚡ permanente durant 2 heures par jour) soit 817 500 €,
- d'autre part le montant capitalisé de la rente « Accident ⚡ du travail » et de la prestation complémentaire pour recours à tierce personne versées en viager par la CPAM. Soit 657 948 €.

Soit $817\,500\text{ €} - 657\,948\text{ €} = 159\,552\text{ €}$

Niveau 2 :

Indemnité correspondant à la différence entre :

- d'une part, le taux d'incapacité (80 % portés à 100 % en raison de l'incapacité professionnelle) multiplié par la valeur du point correspondant à ce taux (11 250 € valeur majorée en raison de la nécessité d'avoir recours à une aide humaine ⚡ permanente durant 2 heures par jour) soit 1 125 000 €,
- d'autre part le montant capitalisé de la rente « Accident ⚡ du travail » et de la prestation complémentaire pour recours à tierce personne versées en viager par la CPAM. Soit 760 448 €.

Soit $1\,125\,000\text{ €} - 760\,448\text{ €} = 364\,552\text{ €}$

Monsieur B. est décédé, à l'âge de 35 ans, à la suite d'une chute survenue alors qu'il procédait, dans son jardin, à l'élagage d'un arbre. Sa profession lui procurait un salaire mensuel net moyen de 2 300 €.

Sa veuve, âgée de 34 ans, est sans profession et doit assumer l'éducation de leur petit garçon âgé de 5 ans.

Les garanties du contrat MULTIRISQUES ACCIDENTS DE LA VIE vont permettre à Madame B. et à l'enfant de recevoir les indemnités suivantes :

Garanties	Modalités de calcul	Niveau 1	Niveau 2
Participation aux frais d'obsèques (réglée à la personne ayant exposé les frais)	Art 4-1 et 15 Frais d'obsèques réglés et restés à charge 3 000 €	2 000 €	3 000 €
Capital décès (réglé au conjoint †)	Art 4-1 et 16	6 000 €	37 000 €
Préjudice patrimonial de l'épouse	Art 4-1 et 17 Détail du calcul infra	248 753,60 €	248 753,60 €
Préjudice patrimonial de l'enfant	Art 4-1 et 17 Détail du calcul infra	82 126,56 €	82 126,56 €
Total		338 880,16 €	370 880,16 €

Détail du calcul du préjudice patrimonial :

• de l'épouse :

L'indemnité résulte du calcul suivant :

Revenus annuels du défunt 27 600 €.....(2 300 € X 12)

Part des revenus annuels attribuée à l'épouse.....40 % soit 11 040 €

Capitalisation viagère avec le coefficient correspondant à l'âge du défunt mentionné dans l'Arrêté relatif à l'application de l'article R.376-1 et R.454-1 du Code de la Sécurité sociale en vigueur au jour de l'accident † et correspondant à l'âge et au sexe du défunt : 22,840.

11 040 € X 22,840 = 252 153,60 €

Déduction du capital décès versé par la CPAM : 3 400 €

• de l'enfant :

L'indemnité résulte du calcul suivant :

Revenus annuels du défunt 27 600 €.....(2 300 € X 12)

Part des revenus annuels attribuée à l'enfant.....20 % soit 5 520 €

Capitalisation temporaire (25 ans) avec le coefficient correspondant à l'âge et au sexe de l'enfant mentionné dans l'Arrêté relatif à l'application de l'article R.376-1 et R.454-1 du Code de la Sécurité sociale en vigueur au jour de l'accident † : 14,878.

5 520 € X 14,878 = 82 126,56 €

MODALITÉS D'EXAMEN DES RÉCLAMATIONS

Information du client sur les modalités d'examen des réclamations conformément à la Recommandation 2015-R-03 de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution du 26 février 2015, et sur la Médiation conformément à l'Ordonnance n° 2015-1033 du 20 août 2015

I - DÉFINITION

Constitue une réclamation l'expression de votre mécontentement ou de votre insatisfaction à notre égard. Une demande de service ou de prestation, une demande d'information ou de clarification ou une demande d'avis n'est pas considérée comme une réclamation.

II - TRAITEMENT DES RÉCLAMATIONS

A - Recours hiérarchique et Service « Réclamations »

1 - Recours hiérarchique

En cas de désaccord entre vous et nous à l'occasion de la distribution, de la gestion du présent contrat ou du règlement d'un sinistre [¶], vous devez tout d'abord vous adresser à l'Agence ou au Service qui est à l'origine de ce désaccord, afin que toutes les explications éventuellement nécessaires vous soient apportées.

Si vous maintenez votre contestation malgré ces explications, votre réclamation est soumise à la hiérarchie du décisionnaire, qui examine le bien-fondé de votre requête.

2 - Service « Réclamations »

Si le recours hiérarchique ne permet pas de mettre un terme à notre différend, vous avez la possibilité de saisir le Service « Réclamations » de notre Groupe, 66 rue de Sotteville 76030 Rouen Cedex 01.

3 - Délais de réponse

À chaque stade de la procédure décrite ci-avant, un courrier vous est adressé dans les 10 jours ouvrables suivant la réception de votre réclamation. Il vous fait part de la position retenue ou, si votre demande nécessite une instruction complémentaire, vous avise du délai dans lequel notre décision vous sera communiquée.

Sauf circonstances particulières, nous nous engageons à vous répondre au plus tard dans le délai de deux mois à compter de la réception de votre réclamation.

B - Médiation

1 - Modalités de saisine

Si votre désaccord persiste après la réponse du Service « Réclamations », vous pouvez saisir directement le Médiateur de l'Assurance en lui écrivant à l'adresse suivante :

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

ou en accédant à son site internet mediation-assurance.org (sur lequel vous pouvez obtenir toutes les informations relatives au dispositif mis en place par la Profession).

Le Médiateur de l'Assurance ne peut toutefois être saisi que pour les litiges portant sur l'application ou l'interprétation du contrat souscrit. Sont notamment exclus les litiges relatifs à notre politique commerciale, aux refus d'assurance ou à l'opportunité d'une résiliation.

Votre demande doit obligatoirement intervenir dans le délai d'un an à compter de la réception de la réponse du Service « Réclamations » et ne faire l'objet à ce stade d'aucune action contentieuse.

Elle doit également comporter toutes les informations nécessaires à son traitement (notamment copie des courriers échangés dans le cadre du traitement de votre réclamation).

2 - Délai de réponse

La solution proposée par le Médiateur intervient dans un délai de 90 jours à compter de l'avis attestant de la date de réception du dossier complet du litige, à moins que le Médiateur ne prolonge ce délai s'il estime que le litige est complexe.

3 - Opposabilité

L'avis du Médiateur de l'Assurance ne nous lie, ni vous, ni nous, chacun conservant le droit de saisir les tribunaux.

PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Les informations recueillies font l'objet de traitements informatiques par les sociétés du *Groupe Matmut* et leurs partenaires dans le respect de la loi du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, et du Règlement général sur la protection des données du 27 avril 2016 entré en application le 25 mai 2018.

Lorsque nécessaire, il vous est indiqué au moment de leur collecte si ces informations sont obligatoires ou facultatives.

Ces traitements ont pour finalités :

- la passation, la gestion et l'exécution de vos contrats d'assurance,
- la gestion des clients et la prospection commerciale,
- l'amélioration du service au client en proposant des produits ou services permettant de réduire la sinistralité ou d'offrir un contrat ou une prestation complémentaire,
- les études statistiques, enquêtes et sondages,
- la mise en place d'actions de prévention,
- l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur,
- la lutte contre la fraude pouvant notamment conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude,
- la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme,
- la conduite d'activités de recherche et de développement dans le cadre des finalités précitées.

Les traitements listés ci-dessus reposent sur au moins l'un des fondements légitimes suivants :

- l'exécution d'un contrat auquel vous êtes partie ou l'exécution de mesures précontractuelles prises à votre demande,
- le respect d'une obligation légale à laquelle le responsable de traitement est soumis,
- l'intérêt légitime poursuivi par le responsable de traitement, notamment la lutte contre la fraude, la prospection commerciale et la conduite d'activités de recherche et de développement.

Lorsque le traitement n'est fondé sur aucun des éléments définis ci-dessus, un consentement au traitement vous sera demandé.

Dans le cadre de la gestion des sinistres, le *Groupe Matmut* peut être amené à traiter des données dites sensibles, relatives à la santé des personnes. Ce traitement se fait dans le respect du secret médical. Vous consentez explicitement à ce que le *Groupe Matmut* traite ces données personnelles pour cette finalité précise.

Les destinataires de ces données sont :

- les personnels chargés de la passation, la gestion et l'exécution des contrats,
- les partenaires,
- les prestataires,
- les sous-traitants et s'il y a lieu les délégataires de gestion et les intermédiaires en assurance,
- les entités du groupe d'assurance auquel appartient le responsable de traitement dans le cadre de l'exercice de leurs missions,
- s'il y a lieu les coassureurs et réassureurs ainsi que les organismes professionnels et les fonds de garanties,
- les personnes intervenant au contrat tels que les avocats, experts, auxiliaires de justice et officiers ministériels, curateurs, tuteurs, enquêteurs et professionnels de santé, médecins conseils et le personnel habilité,
- l'Agence pour la lutte contre la fraude à l'assurance (ALFA), les autres organismes d'assurance,
- les organismes sociaux,
- les personnes intéressées au contrat.

Vos données ne sont transférées en dehors de l'Union Européenne que lorsque c'est nécessaire à l'exécution de votre contrat.

Vos données sont conservées pour la durée nécessaire aux finalités pour lesquelles elles ont été collectées, dans le respect des règles en matière de protection des données personnelles et autres obligations légales, notamment en matière de délais de prescription.

Vous disposez sur vos données des droits :

- d'accès,
- de rectification,
- d'opposition,
- d'effacement,
- de limitation,
- de définition de directives relatives à leur conservation, à leur effacement et à leur communication après votre décès.

Vous disposez également d'un droit à la portabilité sur les données que vous nous avez communiquées, données nécessaires au contrat ou lorsque votre consentement était requis.

Pour en savoir plus, vous pouvez vous rendre sur votre Espace Personnel du site matmut.fr.

Vous avez le droit de vous opposer à tout moment au traitement des données à caractère personnel vous concernant à des fins de prospection commerciale, y compris au profilage dans la mesure où il est lié à une telle prospection.

Lorsque votre consentement a été recueilli pour le traitement de certaines données, vous pouvez retirer votre consentement au traitement de ces données à tout moment.

Vous pouvez exercer l'ensemble de ces droits auprès du *Groupe Matmut* :

- par internet : dpd@matmut.fr
- par courrier :

Matmut

À l'attention du Délégué à la Protection des Données
66 rue de Sotteville, 76100 Rouen.
en justifiant de votre identité.

En cas de désaccord persistant concernant vos données, vous avez le droit de saisir la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) à l'adresse suivante :

CNIL

3 place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 Paris Cedex 07

Enfin, vous avez la faculté de vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique sur www.bloctel.gouv.fr. Néanmoins nous pouvons toujours vous téléphoner, dès lors que vous êtes titulaire auprès de nous d'un contrat en vigueur ou que vous avez demandé à être contacté.

Le présent contrat est régi par le Code des Assurances. Il est soumis à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) : 61 rue Taitbout - 75436 Paris Cedex 9. Il se compose des présentes Conditions Générales ainsi que des Conditions Particulières remises lors de sa souscription et peut être complété, le cas échéant, par des conventions spéciales. Toute disposition législative d'ordre public s'impose aux cocontractants quand bien même ce contrat n'en ferait pas état ou en disposerait autrement.

CG.MAV AMF SA - 06/18



AMF Assurances

Société anonyme au capital de 69 416 644 € entièrement libéré
487 597 510 RCS Rouen
Entreprise régie par le Code des Assurances

Siège social : 66 rue de Sotteville 76100 Rouen

Adresse postale : 76030 Rouen Cedex 1

Mutuelle assurance des travailleurs mutualistes

Société d'assurance mutuelle à cotisations variables
Entreprise régie par le Code des Assurances

Siège social : 66 rue de Sotteville 76100 Rouen

Adresse postale : 76030 Rouen Cedex 1