matmut

Multirisques Accidents de la Vie Sérénité

Contrat d'assurance

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
- la charte de protection des données à caractère personnel

Conditions Générales
Matmut
Multirisques Accidents de la Vie Sérénité
valant projet de contrat

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

Le présent contrat vous est destiné si, à la date de prise d'effet des garanties, vous-même et/ou votre conjoint êtes âgés d'au moins 61 ans et de 75 ans au plus.

Le contrat ne peut être souscrit que par un proposant admis au préalable comme Sociétaire.

Informations - Actualisation - Conseils			
Agence Conseil	Téléphone **02 35 03 68 68** (prix d'un appel normal)	Internet **matmut.fr**	Application mobile **Ma Matmut**
Déclaration et suivi de sinistre 24 h/24, 7 j/7 sur matmut.fr>Mon espace personnel>Mes services sinistres			

Sommaire

TITRE I MIEUX COMPRENDRE VOTRE CONTRAT Page 3

Article 1 - Lexique ..... Page 3
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 10
Article 6 - Événements couverts ..... Page 11
Article 7 - Territorialité des garanties ..... Page 12

TITRE II GARANTIES PROPOSÉES Page 13

CHAPITRE I GARANTIES ACCORDÉES AUX ASSURÉS DÉSIGNÉS AUX CONDITIONS PARTICULIÈRES ..... Page 13

Section I - Garanties en cas de blessures et traitement des situations d'aggravation des blessures ..... Page 13

Article 8 - Incapacité permanente ..... Page 13
Article 9 - Souffrances endurées et/ou préjudice esthétique permanent ..... Page 15
Article 10 - Frais de prothèse et/ou de fauteuil roulant ..... Page 16
Article 11 - Frais de logement et/ou de véhicule adapté(s) ..... Page 16
Article 12 - Services à la personne ..... Page 17
Article 13 - Prestations d'accompagnement personnalisé ..... Page 17
Article 14 - Forfait hospitalisation ..... Page 18
Article 15 - Pertes de revenus professionnels ..... Page 18
Article 16 - Aggravation des blessures ..... Page 19

Section II - Garanties en cas de décès et principe de non-cumul des indemnités ..... Page 20

Article 17 - Participation aux frais d'obsèques ..... Page 20
Article 18 - Préjudice patrimonial ..... Page 20
Article 19 - Prestations d'accompagnement personnalisé ..... Page 22
Article 20 - Non-cumul des indemnités ..... Page 22

CHAPITRE II GARANTIES ACCORDÉES AU PETIT-ENFANT MINEUR NON DÉSIGNÉ AUX CONDITIONS PARTICULIÈRES ..... Page 23

Article 21 - Incapacité permanente ..... Page 23
Article 22 - Services à la personne ..... Page 23

TITRE III EXCLUSIONS Page 24

Article 23 - Exclusions applicables à toutes les garanties ..... Page 24

TITRE IV SURVENANCE D'UN SINISTRE ET MODALITÉS D'INDEMNISATION Page 25

Article 24 - Vos obligations ..... Page 25
Article 25 - Notre Engagement Qualité ..... Page 26
Article 26 - Subrogation ..... Page 27

TITRE V FONCTIONNEMENT DE VOTRE CONTRAT Page 28

Article 27 - Conformité du risque déclaré à la réalité ..... Page 28
Article 28 - Communication d'informations ou de documents sur support durable ..... Page 28
Article 29 - Formation, modification et durée de votre contrat, langue et loi applicables ..... Page 28
Article 30 - Cotisation ..... Page 29
Article 31 - Prescription ..... Page 30
Article 32 - Résiliation de votre contrat et droit de renonciation ..... Page 30

ANNEXES ..... Page 34

Annexe I - Services à la personne et prestations d'accompagnement personnalisé ..... Page 35
Annexe II - Exemples ..... Page 43

Modalités d'examen des réclamations ..... Page 45
Charte de protection des données à caractère personnel ..... Page 47

MIEUX COMPRENDRE VOTRE CONTRAT

ARTICLE 1 Lexique

Ce lexique est destiné à vous aider à mieux comprendre votre contrat. Les mots ou expressions définis ci-après, à l'exception des termes « Nous » et « Vous » traités dans l'encadré en fin d'article, sont repérables dans les pages suivantes grâce au symbole ↳ .

Pour l'exécution du présent contrat, outre les définitions spécifiques figurant dans la partie « Modalités d'examen des réclamations », 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.
Le caractère soudain est constitué par la survenance subite de l'événement à l'origine du dommage.

Accident médical
Accident survenu à l'occasion d'actes chirurgicaux, de prévention, de diagnostic, d'exploration, de traitements pratiqués par des médecins et auxiliaires médicaux visés à la Quatrième partie du Code de la Santé Publique ou par des praticiens autorisés à exercer par la législation française ainsi que dans tout établissement, service ou organisme dans lequel sont réalisés de tels actes.
Il y a accident médical lorsqu'un acte ou un ensemble d'actes à caractère médical, qu'il soit fautif ou non, a eu sur l'assuré des conséquences dommageables pour sa santé, anormales et indépendantes de l'évolution de l'affection en cause et de l'état antérieur.

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.

Affection iatrogène
Affection consécutive à un traitement médicamenteux.

Assistance permanente par 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.

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.

Conjoint
Personnes non séparées de droit ou de fait, vivant sous le même toit :
• mariées,
• unies par un pacte civil de solidarité,
• communément considérées 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.

Infection nosocomiale
Infection contractée dans un établissement de soins et qui était absente au moment de l'admission de l'assuré.

Nullité du contrat
Mesure visée par la loi pour rendre nul un contrat pour l'un des motifs suivants :
- fausse déclaration volontaire du risque par l'assuré, à la souscription ou en cours de contrat, dans l'intention de tromper l'assureur. Elle constitue un manquement à l'obligation de contracter de bonne foi. La nullité est encourue même en l'absence d'incidence de la fausse déclaration sur le sinistre (article L.113-8 du Code des Assurances).
- vices du consentement (erreur, dol ou violence - articles 1130 à 1144 du Code Civil) lorsqu'ils sont de telle nature que, sans eux, l'une des parties n'aurait pas contracté ou aurait contracté à des conditions substantiellement différentes.

Le contrat est considéré comme n'ayant jamais existé.

ONIAM
Office national d'indemnisation des victimes d'accidents médicaux, d'affections iatrogènes et d'infections nosocomiales : établissement public, mis en place par la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 (relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé), chargé de l'indemnisation des victimes d'accidents médicaux, d'affections iatrogènes ou d'infections nosocomiales présentant un certain seuil de gravité.

Perte de chance
Elle est constituée par la disparition actuelle et certaine d'une éventualité favorable.

Préjudice esthétique permanent
Atteintes altérant l'apparence physique de l'assuré persistant après consolidation.

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.

Sociétaire
Souscripteur préalablement admis comme adhérent de la **Matmut**.

Souffrances endurées
Souffrances physiques et psychiques endurées par l'assuré du jour de l'accident jusqu'à la consolidation de ses blessures.

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.

Unité de valeur
Nombre de points affecté à un service à la personne ou à une prestation d'accompagnement personnalisé. Le nombre d'unités de valeur correspondant à chaque service ou à chaque prestation est détaillé à l'Annexe I des présentes Conditions Générales.

Véhicule terrestre à moteur
Véhicule automoteur destiné à circuler sur le sol, actionné par une force mécanique, ainsi que toute remorque, même non attelée (y compris les caravanes) soumis à l'obligation d'assurance conformément à l'article L.211-1 du Code des Assurances.
Outre les véhicules de tourisme et utilitaires légers, les poids lourds, les véhicules destinés au transport de personnes ou de marchandises, les tracteurs, les engins professionnels, les camping-cars, les voiturettes, les cyclomoteurs, les motocyclettes, les tricycles à moteur, les quadricycles à moteur, les cyclomobiles légers, les fauteuils roulants motorisés, répondent à la présente définition les tondeuses autoportées (micro-tracteurs) ainsi que les engins de déplacement personnels motorisés visés au paragraphe 6.15 de l'article R. 311-1 du Code de la Route (hoverboards, skateboards, monoroues, gyropodes, gyroskates, trottinettes à moteur et patins à roulettes électriques).

Nous*
Matmut.
Matmut Assistance pour les services à la personne et les prestations d'accompagnement personnalisé.

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

* Terme non repérable par le symbole ↳ dans le texte des présentes Conditions Générales.

ARTICLE 2 Objet et présentation du contrat

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

Trois formules de contrat sont proposées :
• Famille,
• Couple,
• Individuelle.

Au jour de la prise d'effet des garanties du contrat,
• l'âge d'au moins l'un des assurés doit être compris entre 61 et 75 ans
et
• tous les assurés doivent être âgés de moins de 76 ans.

ARTICLE 3 Énumération des garanties proposées

3-1 GARANTIES ACCORDÉES AUX ASSURÉS DÉSIGNÉS AUX CONDITIONS PARTICULIÈRES

• Garanties en cas de blessures
- Incapacité permanente
- Souffrances endurées
- Préjudice esthétique permanent
- Frais de prothèse et/ou de fauteuil roulant
- Frais de logement et/ou de véhicule adapté(s)
- Services à la personne
- Prestations d'accompagnement personnalisé
- Forfait hospitalisation
- Pertes de revenus professionnels

• Garanties en cas de décès
- Participation aux frais d'obsèques
- Préjudice patrimonial **(formules Couple et Famille)**
- Prestations d'accompagnement personnalisé **(formules Couple et Famille)**

Les garanties énumérées ci-avant sont acquises dans les limites et plafonds visés à l'article 4-1 A.

3-2 GARANTIES ACCORDÉES AU PETIT-ENFANT MINEUR NON DÉSIGNÉ AUX CONDITIONS PARTICULIÈRES

Au titre de l'extension de garantie visée à l'article 5-1 B, le petit-enfant mineur du souscripteur et/ou de son conjoint , ne vivant pas en permanence sous le toit de leur résidence principale et non désigné aux Conditions Particulières , bénéficie des garanties ci-après en cas de blessures à l'occasion d'un accident survenu pendant tout le temps des séjours effectués au domicile du souscripteur :
• Incapacité permanente
• Services à la personne

Les garanties énumérées ci-avant sont acquises dans les limites et plafonds visés à l'article 4-1 B.

ARTICLE 4 Plafonds et seuils de déclenchement des garanties

4-1 PAR VICTIME ET PAR SINISTRE

A- Garanties accordées aux assurés désignés aux Conditions Particulières

GARANTIES EN CAS DE BLESSURES

Quelle que soit la gravité des blessures	
Forfait hospitalisation (article 14)	• 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 » : Pertes de revenus professionnels (article 15)	Plafond : 8 500 € (incluant 1 500 € au titre de la garantie « Forfait hospitalisation »)

En cas d'immobilisation au domicile

Services à la personne (article 12 et Annexe I)

Services à la personne destinés au souscripteur ↳ ou son conjoint ↳ blessé

	Jusqu'à 70 ans	71 à 80 ans	81 ans et plus
Un ou plusieurs membres supérieurs immobilisés	20 unités de valeur ↳ à utiliser dans les 30 jours *	30 unités de valeur ↳ à utiliser dans les 30 jours *	40 unités de valeur ↳ à utiliser dans les 30 jours *
Un ou plusieurs membres inférieurs immobilisés	35 unités de valeur ↳ à utiliser dans les 45 jours *	50 unités de valeur ↳ à utiliser dans les 45 jours *	75 unités de valeur ↳ à utiliser dans les 60 jours *
Rachis immobilisé	35 unités de valeur ↳ à utiliser dans les 45 jours *		75 unités de valeur ↳ à utiliser dans les 60 jours *
Un ou plusieurs membres supérieurs immobilisés et un ou plusieurs membres inférieurs immobilisés OU Rachis et un ou plusieurs membres supérieurs immobilisés OU Rachis et un ou plusieurs membres inférieurs immobilisés	50 unités de valeur ↳ à utiliser dans les 45 jours *	75 unités de valeur ↳ à utiliser dans les 60 jours *	100 unités de valeur ↳ à utiliser dans les 75 jours *

*Ce délai commence à courir à compter de la date de l'immobilisation au domicile

Services à la personne destinés à l'assuré scolarisé blessé (niveaux primaire et secondaire)

Immobilisation au domicile de plus de 2 semaines	voir article 12-2 B et Annexe I des Conditions Générales ↳

Si taux d'incapacité permanente ↳ égal ou supérieur à 10% (seuil de déclenchement)

Incapacité permanente ↳ (article 8)

- En l'absence d'une assistance permanente par tierce personne ↳ d'au moins 2 heures par jour :

  - Pour le souscripteur ↳ ou son conjoint ↳ (quel que soit leur âge) et pour les autres assurés âgés de 28 ans et plus au jour de la consolidation ↳ des blessures :

Taux d'incapacité permanente ↳ (AIPP)	Valeur du point en fonction de l'âge au jour de la consolidation ↳			Capital maximum garanti (1) en fonction de l'âge au jour de la consolidation ↳		
	Jusqu'à 70 ans	De 71 à 80 ans	81 ans et plus	Jusqu'à 70 ans	De 71 à 80 ans	81 ans et plus
de 10 à 20%	900 €	700 €	500 €	18 000 €	14 000 €	10 000 €
de 21 à 30%	1 100 €	850 €	600 €	33 000 €	25 500 €	18 000 €
de 31 à 40%	1 300 €	1 000 €	700 €	52 000 €	40 000 €	28 000 €
de 41 à 50%	1 500 €	1 150 €	800 €	75 000 €	57 500 €	40 000 €
de 51 à 60%	1 700 €	1 300 €	900 €	102 000 €	78 000 €	54 000 €
de 61 à 70%	1 900 €	1 450 €	1 000 €	133 000 € (2)	101 500 € (2)	70 000 € (2)
de 71 à 80%	2 100 €	1 600 €	1 100 €	168 000 € (2)	128 000 € (2)	88 000 € (2)
de 81 à 90 %	2 300 €	1 750 €	1 200 €	207 000 € (2)	157 500 € (2)	108 000 € (2)
91% et plus	2 500 €	1 900 €	1 300 €	250 000 € (2)	190 000 € (2)	130 000€ (2)

- Pour les assurés âgés de moins de 28 ans au jour de la consolidation des blessures, autres que le souscripteur ou son conjoint :

Taux d'incapacité permanente (AIPP)	Valeur du point	Capital maximum garanti (1)
de 10 à 20%	1 350 €	27 000 €
de 21 à 30%	1 650 €	49 500 €
de 31 à 40%	1 950 €	78 000 €
de 41 à 50%	2 250 €	112 500 €
de 51 à 60%	2 550 €	153 000 €
de 61 à 70%	2 850 €	199 500 € (2)
de 71 à 80%	3 150 €	252 000 € (2)
de 81 à 90 %	3 450 €	310 500 € (2)
91% et plus	3 750 €	375 000 € (2)

- En présence d'une assistance permanente par tierce personne d'au moins 2 heures par jour :

  - Pour le souscripteur ou son conjoint (quel que soit leur âge) et pour les autres assurés âgés de 28 ans et plus au jour de la consolidation des blessures :

Taux d'incapacité permanente (AIPP)	Valeur du point en fonction de l'âge au jour de la consolidation			Capital maximum garanti (1) en fonction de l'âge au jour de la consolidation		
	Jusqu'à 70 ans	De 71 à 80 ans	81 ans et plus	Jusqu'à 70 ans	De 71 à 80 ans	81 ans et plus
de 10 à 20%	1 350 €	1 050 €	750 €	27 000 €	21 000 €	15 000 €
de 21 à 30%	1 650 €	1 275 €	900 €	49 500 €	38 250 €	27 000 €
de 31 à 40%	1 950 €	1 500 €	1 050 €	78 000 €	60 000 €	42 000 €
de 41 à 50%	2 250 €	1 725 €	1 200 €	112 500 €	86 250 €	60 000 €
de 51 à 60%	2 550 €	1 950 €	1 350 €	153 000 €	117 000 €	81 000 €
de 61 à 70%	2 850 €	2 175 €	1 500 €	199 500 € (2)	152 250 € (2)	105 000 € (2)
de 71 à 80%	3 150 €	2 400 €	1 650 €	252 000 € (2)	192 000 € (2)	132 000 € (2)
de 81 à 90 %	3 450 €	2 625 €	1 800 €	310 500 € (2)	236 250 € (2)	162 000 € (2)
91% et plus	3 750 €	2 850 €	1 950 €	375 000 € (2)	285 000 € (2)	195 000 € (2)

  - Pour les assurés âgés de moins de 28 ans au jour de la consolidation des blessures, autres que le souscripteur ou son conjoint :

Taux d'incapacité permanente (AIPP)	Valeur du point	Capital maximum garanti (1)
de 10 à 20%	2 025 €	40 500 €
de 21 à 30%	2 475 €	74 250 €
de 31 à 40%	2 925 €	117 000 €
de 41 à 50%	3 375 €	168 750 €
de 51 à 60%	3 825 €	229 500 €
de 61 à 70%	4 275 €	299 250 € (2)
de 71 à 80%	4 725 €	378 000 € (2)
de 81 à 90 %	5 175 €	465 750 € (2)
91% et plus	5 625 €	562 500 € (2)

(1) Le capital garanti est calculé en multipliant la valeur du point d'incapacité permanente par le taux d'incapacité retenu dès lors que ce taux est au moins égal à 10 %.

(2) Lorsque le taux d'incapacité est supérieur à 65 % et que le blessé, actif , est inapte au travail, le calcul de l'indemnité est effectué sur la base d'un taux d'incapacité de 100 % (article 8-2 C).

Souffrances endurées (article 9)

Qualification sur une échelle de 3* à 7	Souffrances endurées
3	2 500 €
3,5	3 500 €
4	5 000 €
4,5	7 500 €
5	10 000 €
5,5	14 000 €
6	20 000 €
6,5	25 000 €
7	32 000 €

* Le seuil de déclenchement est fixé à 3 sur une échelle de 0,5 à 7.

<table>
<tr><td>Préjudice esthétique permanent ↳ (article 9)</td><td>
<table>
<tr><th>Qualification sur une échelle de 3* à 7</th><th>Préjudice esthétique permanent ↳</th></tr>
<tr><td>3</td><td>2 500 €</td></tr>
<tr><td>3,5</td><td>3 500 €</td></tr>
<tr><td>4</td><td>5 000 €</td></tr>
<tr><td>4,5</td><td>7 500 €</td></tr>
<tr><td>5</td><td>10 000 €</td></tr>
<tr><td>5,5</td><td>14 000 €</td></tr>
<tr><td>6</td><td>20 000 €</td></tr>
<tr><td>6,5</td><td>25 000 €</td></tr>
<tr><td>7</td><td>32 000 €</td></tr>
</table>
* Le seuil de déclenchement est fixé à 3 sur une échelle de 0,5 à 7.
</td></tr>
<tr><td>Frais de prothèse et/ou de fauteuil roulant (article 10)</td><td>Plafond : 20 000 €</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Frais de logement et/ou de véhicule adapté(s) (article 11)</td><td>Logement adapté : plafond : 60 000 €</td></tr>
<tr><td>Véhicule adapté : plafond : 30 000 €</td></tr>
</table>

Si taux d'incapacité permanente ↳ égal ou supérieur à 30% (seuil de déclenchement)	
Prestations d'accompagnement personnalisé ↳ (article 13 et Annexe I)	Plafond : 10 000 €, soit 500 unités de valeur ↳

GARANTIES EN CAS DE DÉCÈS

Participation aux frais d'obsèques (article 17)	Plafond : 2 000 €
Préjudice patrimonial **(formules Couple et Famille)** (article 18)	Plafond : 400 000 €
Prestations d'accompagnement personnalisé ↳ **(formules Couple et Famille)** (article 19 et Annexe I)	Plafond : 5 000 €, soit 250 unités de valeur ↳

B- Garanties accordées au petit-enfant mineur du souscripteur ou de son conjoint, non désigné aux Conditions Particulières ↳

GARANTIES EN CAS DE BLESSURES

Quelle que soit la gravité des blessures du petit- enfant mineur	
Services à la personne destinés aux grands-parents du petit-enfant mineur blessé (article 22 et Annexe I)	voir article 22-2 B et Annexe I des Conditions Générales ↳

En cas d'immobilisation du petit-enfant mineur blessé au domicile de plus de 2 semaines	
Services à la personne destinés au petit-enfant mineur blessé (article 22 et Annexe I)	voir article 22-2 A et Annexe I des Conditions Générales ↳

Si taux d'incapacité permanente ↳ égal ou supérieur à 10% (seuil de déclenchement)

Incapacité permanente ↳ (article 21)

Taux d'incapacité permanente ↳ (AIPP)	Forfait
de 10 à 29 %	3 000 €
de 30 à 49 %	15 000 €
de 50 à 69 %	40 000 €
≥ 70 %	100 000 €

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

Nous ne pouvons, en aucun cas, être tenus, pour un même accident ↳ , de verser :

- par assuré, une somme supérieure au plafond de la garantie, correspondant à chaque dommage, indiqué à l'article 4-1,
- **au titre de la formule Famille,** en cas de décès du souscripteur ↳ et de son conjoint ↳ , un total d'indemnités supérieur à deux fois le plafond de la garantie accordé au titre du préjudice patrimonial dont le montant est indiqué à l'article 4-1,
- 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.

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

ARTICLE 5 Personnes assurées et bénéficiaires

5-1 ASSURÉS

A- Sous condition d'une désignation aux Conditions Particulières ↳ , la qualité d'assuré est attribuée :

Pour la formule Famille

- au souscripteur ↳ et aux personnes ci-après lorsqu'elles vivent en permanence sous le toit de sa résidence principale :
  - son conjoint ↳ ,
  - les enfants mineurs de l'un, de l'autre ou des deux*,
  - les enfants majeurs de l'un, de l'autre ou des deux *:
    - › célibataires,
    - › sans enfants,
    - › âgés de moins de 28 ans,
    - › et qui sont économiquement à leur charge ↳ .

  Les enfants, **remplissant les conditions énumérées ci-dessus**, n'habitant pas en permanence sous le toit de la résidence principale du souscripteur ↳ conservent la qualité d'assuré **lorsqu'ils poursuivent des études**.
  - les enfants majeurs de l'un, de l'autre ou des deux*:
    - › célibataires,
    - › sans enfants,
    - › âgés de 28 ans et plus,
    - › dont ils ont la tutelle ou la curatelle ou qu'ils représentent au titre de l'habilitation familiale,
    - › et qui sont économiquement à leur charge ↳ .

* *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 ↳ .*

  - 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 ↳ ou son conjoint ↳ a la tutelle ou la curatelle ou qu'il représente au titre de l'habilitation familiale,
    - › et remplissant les conditions énumérées ci-dessus pour les enfants,
  - les enfants mineurs confiés au souscripteur ↳ ou à son conjoint ↳ dans le cadre d'un contrat d'accueil au titre de l'aide sociale à l'enfance.

Pour la formule Couple

- au souscripteur ↳ et à son conjoint ↳ vivant en permanence sous le toit de sa résidence principale.

Pour la formule Individuelle

- à la personne nommément désignée aux Conditions Particulières ↳ .

B- Sans condition d'une désignation aux Conditions Particulières ↳ , la qualité d'assuré est attribuée :

Quelle que soit la formule souscrite (Individuelle, Couple ou Famille), au petit-enfant mineur du souscripteur ↳ ou de son conjoint ↳ , désigné aux Conditions Particulières ↳ , et ce, pendant tout le temps des séjours effectués au domicile du souscripteur ↳ .

Au titre de cette extension, le petit-enfant mineur bénéficie, dans les limites et plafonds visés à l'article 4-1 B, des garanties visées aux articles 3-2, 21 et 22 des présentes Conditions Générales ↳ .

Cette extension intervient uniquement en cas d'absence ou d'insuffisance de garantie d'un autre contrat d'assurance « accidents corporels » souscrit par son ou ses représentants légaux. Dans ce dernier cas, les garanties du présent contrat interviennent à titre complémentaire.

5-2 BÉNÉFICIAIRES
On entend par bénéficiaire toute personne au profit de laquelle les indemnités sont versées ou les prestations sont mises en œuvre.

A- Au titre des garanties accordées aux assurés désignés aux Conditions Particulières
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 et/ou de fauteuil roulant, aux frais de logement et/ou de véhicule adapté(s), au forfait hospitalisation** : à l'assuré, victime de l'accident, désigné aux Conditions Particulières,
- **pour l'indemnité correspondant aux pertes de revenus professionnels** : au souscripteur ou à son conjoint, victime de l'accident, désigné aux Conditions Particulières, **« actif »** au sens de la définition donnée à l'article 1,
- **pour les services à la personne et les prestations d'accompagnement personnalisé :**
  - en cas de blessures : à l'assuré blessé, désigné aux Conditions Particulières
  - en cas de décès d'un assuré désigné aux Conditions Particulières : aux autres assurés, désignés aux Conditions Particulières
- **pour l'indemnité correspondant à la participation aux frais d'obsèques** : à la personne ayant exposé les frais.
- **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 :**

1 – Formule Famille :
- au conjoint de l'assuré décédé, désigné aux Conditions Particulières, et aux enfants, aux descendants ainsi qu'aux personnes tels que définis ci-après :
  - enfants mineurs de l'assuré décédé,
  - enfants mineurs du conjoint de l'assuré décédé et économiquement à la charge de l'assuré décédé au jour de l'accident,
  - enfants majeurs, 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 de l'assuré décédé ou de son conjoint, dont l'un ou l'autre a la tutelle ou la curatelle ou qu'il représente au titre de l'habilitation familiale 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 ou qu'il représente au titre de l'habilitation familiale 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 ou qu'il représente au titre de l'habilitation familiale, 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 et autres bénéficiaires précités, au conjoint de l'assuré décédé,
- à défaut de conjoint, aux enfants, descendants de l'assuré décédé et autres bénéficiaires précités.

2 – Formule Couple :
- au conjoint de l'assuré décédé, désigné aux Conditions Particulières.

3 – Formule Individuelle :
la formule Individuelle ne comporte pas la garantie Préjudice patrimonial et ne compte donc aucun bénéficiaire au titre de l'indemnité correspondant à ce préjudice.

B- Au titre des garanties accordées au petit-enfant mineur du souscripteur ou de son conjoint, non désigné aux Conditions Particulières
La qualité de bénéficiaire est attribuée :
- **pour le forfait correspondant à l'incapacité permanente** : au petit-enfant mineur assuré, victime de l'accident,
- **pour les prestations de soutien scolaire et de garde à domicile** : au petit-enfant mineur assuré, victime de l'accident,
- **pour les prestations d'assistance psychologique** : au souscripteur et à son conjoint, grand(s)-parent(s) du petit-enfant mineur victime de l'accident, désignés aux Conditions Particulières.

ARTICLE 6 Événements couverts

Ce sont ceux qui répondent à la définition de l'accident donnée à l'article 1 et qui sont survenus à l'occasion de la vie privée ou de la vie professionnelle, **sous réserve des exclusions mentionnées à l'article 23.**

Sont ainsi couverts :
- les accidents survenus à l'occasion de la vie courante ou d'activités de loisirs (ménage, cuisine, jardinage, bricolage, voyage…) ou 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…) ou 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 du travail ou de service,
- les accidents scolaires,

- 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,
  - et ayant eu pour l'assuré des conséquences anormales au regard de son état de santé comme de l'évolution prévisible de celui-ci.

Ne sont pas couverts les accidents dans la réalisation desquels 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 7 Territorialité des garanties

1 - Les garanties s'exercent lorsque l'accident garanti est survenu en France et dans la Principauté de Monaco.

Elles sont également acquises lorsque l'accident garanti, ***à l'exclusion de l'accident médical ,*** est survenu :

- dans le monde entier, pendant les douze premiers mois du séjour hors de France ,
- à l'occasion d'un séjour, quelle qu'en soit la durée, effectué à la demande de l'employeur de l'assuré pour une mission temporaire dans un pays de l'Espace Économique Européen et dans l'un des pays suivants : Royaume-Uni, Suisse, Saint Marin, Vatican.

2 - En cas d'accident corporel survenu en France ou hors de France , laissant subsister une incapacité permanente , 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.

3- Les garanties de services à la personne et les prestations d'accompagnement personnalisé sont exclusivement mises en œuvre en France et dans la Principauté de Monaco.

Pour l'ensemble des garanties, le paiement de l'indemnité est toujours effectué en France ou dans la Principauté de Monaco et en euros.

GARANTIES PROPOSÉES

CHAPITRE I - GARANTIES ACCORDÉES AUX ASSURÉS DÉSIGNÉS AUX CONDITIONS PARTICULIÈRES

Section I - GARANTIES EN CAS DE BLESSURES ET TRAITEMENT DES SITUATIONS D'AGGRAVATION DES BLESSURES

Pour la mise en œuvre des prestations visées ci-après, la durée de l'incapacité temporaire, l'évaluation du taux d'incapacité permanente ↳ (AIPP), le besoin journalier d'une assistance permanente par tierce personne ↳, la qualification des souffrances endurées ↳ et du préjudice esthétique permanent ↳ sont déterminés par un médecin expert, spécialiste en évaluation médico-légale du dommage corporel ↳, désigné par nous.

La prise en charge des :
• frais de logement et de véhicule adaptés
• frais de prothèse et de fauteuil roulant
sont également soumis à son accord.

Les honoraires du médecin expert désigné par nous sont à notre charge.

Lors de l'examen par notre médecin expert, vous pouvez vous faire assister par le médecin de votre choix dont les honoraires et les frais sont à votre charge.

Le taux d'incapacité permanente ↳ (AIPP) est déterminé conformément au « barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun » publié dans la revue Le Concours Médical (dernière édition).

En cas d'accident ↳ garanti, nous intervenons au titre des prestations suivantes :

ARTICLE 8 Incapacité permanente

8-1 OBJET DE LA GARANTIE
En cas d'accident ↳ consécutif à un événement couvert visé à l'article 6, lorsque vous conservez, après consolidation ↳ des blessures, une incapacité permanente ↳ directement imputable à l'accident ↳ **et au moins égale à 10 %,** nous garantissons le versement d'une indemnité.

8-2 CALCUL DE L'INDEMNITÉ ET PLAFONDS
La valeur du point d'incapacité permanente ↳ (AIPP), servant de base au calcul de l'indemnité versée telle que définie au paragraphe B- ci-après, est déterminée en fonction :
• du taux d'incapacité permanente ↳ (AIPP) subsistant au jour de la consolidation ↳ des blessures,
• de votre âge au jour de la consolidation ↳ des blessures,
• du besoin journalier d'assistance permanente par tierce personne ↳ d'au moins 2 heures par jour évalué par notre médecin expert.

A- En l'absence d'une assistance permanente par tierce personne d'au moins 2 heures par jour
En l'absence de besoins d'assistance permanente par tierce personne ↳ d'au moins 2 heures par jour, la valeur du point s'élève à :

1- Pour le souscripteur ↳ ou son conjoint ↳ (quel que soit leur âge) et pour les autres assurés âgés de 28 ans et plus au jour de la consolidation ↳ des blessures, désignés aux Conditions Particulières ↳ :

Taux d'incapacité permanente ↳ (AIPP)	Valeur du point en fonction de l'âge au jour de la consolidation ↳		
	Jusqu'à 70 ans	De 71 à 80 ans	81 ans et plus
de 10 à 20%	900 €	700 €	500 €
de 21 à 30%	1 100 €	850 €	600 €
de 31 à 40%	1 300 €	1 000 €	700 €
de 41 à 50%	1 500 €	1 150 €	800 €
de 51 à 60%	1 700 €	1 300 €	900 €
de 61 à 70%	1 900 €	1 450 €	1 000 €
de 71 à 80%	2 100 €	1 600 €	1 100 €
de 81 à 90 %	2 300 €	1 750 €	1 200 €
91% et plus	2 500 €	1 900 €	1 300 €

2- Pour les assurés, désignés aux Conditions Particulières , âgés de moins de 28 ans au jour de la consolidation des blessures, autres que le souscripteur ou son conjoint :

Taux d'incapacité permanente (AIPP)	Valeur du point
de 10 à 20%	1 350 €
de 21 à 30%	1 650 €
de 31 à 40%	1 950 €
de 41 à 50%	2 250 €
de 51 à 60%	2 550 €
de 61 à 70%	2 850 €
de 71 à 80%	3 150 €
de 81 à 90 %	3 450 €
91% et plus	3 750 €

B- En présence d'une assistance permanente par tierce personne d'au moins 2 heures par jour
La valeur du point d'incapacité permanente (AIPP) servant de base au calcul de l'indemnité est majorée de 50% lorsque les besoins d'assistance permanente par tierce personne , évalués par notre médecin expert, sont au moins de 2 heures par jour.

La valeur du point s'élève à :

1- Pour le souscripteur ou son conjoint , quel que soit leur âge, et pour les autres assurés âgés de 28 ans et plus au jour de la consolidation des blessures, désignés aux Conditions Particulières :

Taux d'incapacité permanente (AIPP)	Valeur du point en fonction de l'âge au jour de la consolidation		
	Jusqu'à 70 ans	De 71 à 80 ans	81 ans et plus
de 10 à 20%	1 350 €	1 050 €	750 €
de 21 à 30%	1 650 €	1 275 €	900 €
de 31 à 40%	1 950 €	1 500 €	1 050 €
de 41 à 50%	2 250 €	1 725 €	1 200 €
de 51 à 60%	2 550 €	1 950 €	1 350 €
de 61 à 70%	2 850 €	2 175 €	1 500 €
de 71 à 80%	3 150 €	2 400 €	1 650 €
de 81 à 90 %	3 450 €	2 625 €	1 800 €
91% et plus	3 750 €	2 850 €	1 950 €

2- Pour les assurés, désignés aux Conditions Particulières , âgés de moins de 28 ans au jour de la consolidation des blessures, autres que le souscripteur ou son conjoint

Taux d'incapacité permanente (AIPP)	Valeur du point
de 10 à 20%	2 025 €
de 21 à 30%	2 475 €
de 31 à 40%	2 925 €
de 41 à 50%	3 375 €
de 51 à 60%	3 825 €
de 61 à 70%	4 275 €
de 71 à 80%	4 725 €
de 81 à 90 %	5 175 €
91% et plus	5 625 €

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.

C- Majoration pour inaptitude au travail
Lorsque le taux d'incapacité permanente (AIPP) est supérieur à 65 % et que l'assuré victime, actif , est médicalement reconnu 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 permanente (AIPP) de 100 %.

D- Indemnité versée

L'indemnité versée est égale à la différence entre :

- d'une part, le montant résultant de la multiplication du taux d'incapacité permanente ↳ (AIPP) par la valeur du point correspondant à ce taux, auquel il convient, s'il y a lieu, d'appliquer :
  - la majoration prévue à l'article 8-2 C,
  - le pourcentage de la perte de chance ↳ retenu lors de la transaction ou de la décision judiciaire définitive entre vous et les responsables, et/ou leur assureur, ou l'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux, des affections iatrogènes ↳ et des infections nosocomiales (ONIAM ↳), en cas d'accident ↳ sanitaire tel que défini à l'article 6,

et :

- d'autre part, les indemnités reçues ou à recevoir par l'assuré au titre de son incapacité permanente ↳ (AIPP), de ses répercussions professionnelles et économiques et de l'assistance permanente par tierce personne ↳ :
  - de l'employeur, de tout régime de protection sociale ou de prévoyance collective obligatoire, y compris les caisses de retraite complémentaires ou les mutuelles,
  - du ou des débiteurs d'indemnité, de leurs garants, du Fonds de Garantie des victimes des actes de Terrorisme et d'autres Infractions (FGTI) ou de l'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux (ONIAM ↳).

Lorsque les indemnités réglées à ce titre sont versées sous forme de rente, elles sont capitalisées en fonction 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 au sexe et à l'âge de l'assuré au jour de leur premier versement et jusqu'à la date de la cessation du règlement de cette rente.

E- Modalités de règlement

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.

ARTICLE 9 Souffrances endurées et/ou préjudice esthétique permanent

9-1 OBJET DE LA GARANTIE

En cas d'accident ↳ consécutif à un événement couvert visé à l'article 6, lorsque vous conservez, après consolidation ↳ des blessures, une incapacité permanente ↳ directement imputable à l'accident **et au moins égale à 10 %**, nous garantissons le versement d'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 3 à 7.

9-2 INDEMNITÉ VERSÉE

L'indemnité versée est égale à la différence entre :

- d'une part, le montant déterminé selon les éléments indiqués au tableau de l'article 9-3 ci-après, auquel il convient, s'il y a lieu, d'appliquer le pourcentage de la perte de chance ↳ retenu lors de la transaction ou de la décision judiciaire définitive entre vous et les responsables, et/ou leur assureur, ou l'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux, des affections iatrogènes ↳ et des infections nosocomiales ↳ (ONIAM ↳), en cas d'accident ↳ sanitaire tel que défini à l'article 6,

et,

- d'autre part, les indemnités reçues ou à recevoir par l'assuré au titre des souffrances endurées ↳ et/ou du préjudice esthétique permanent ↳ :
  - de l'employeur, de tout régime de protection sociale ou de prévoyance collective obligatoire, y compris les caisses de retraite complémentaires ou les mutuelles,
  - du ou des débiteurs d'indemnité, de leurs garants, du Fonds de Garantie des victimes des actes de Terrorisme et d'autres Infractions (FGTI) ou de l'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux (ONIAM ↳).

9-3 PLAFONDS DE GARANTIE

Qualification sur une échelle de 3 à 7	Souffrances endurées ↳	Préjudice esthétique permanent ↳
3*	2 500 €	2 500 €
3,5	3 500 €	3 500 €
4	5 000 €	5 000 €
4,5	7 500 €	7 500 €
5	10 000 €	10 000 €
5,5	14 000 €	14 000 €
6	20 000 €	20 000 €
6,5	25 000 €	25 000 €
7	32 000 €	32 000 €

* Le seuil de déclenchement est fixé à 3 sur une échelle de 0,5 à 7.

ARTICLE 10 Frais de prothèse et/ou de fauteuil roulant

10-1 OBJET DE LA GARANTIE

En cas d'accident consécutif à un événement couvert visé à l'article 6, lorsque vous conservez, après consolidation des blessures, une incapacité permanente directement imputable à l'accident **et au moins égale à 10 %**, nous garantissons le remboursement des frais engagés pour l'acquisition, rendue nécessaire par l'accident , de la première prothèse définitive (fonctionnelle, organique, optique, auditive, dentaire) et/ou du premier fauteuil roulant.

10-2 INDEMNITÉ VERSÉE

L'indemnité versée est égale à la différence entre :

- d'une part, le coût de la première prothèse et/ou du premier fauteuil roulant, auquel il convient, s'il y a lieu, d'appliquer le pourcentage de la perte de chance retenu lors de la transaction ou de la décision judiciaire définitive entre vous et les responsables, et/ou leur assureur, ou l'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM), en cas d'accident sanitaire tel que défini à l'article 6,

et,

- d'autre part, les sommes reçues ou à recevoir, au titre de ces frais :
  - de l'employeur, de tout régime de protection sociale ou de prévoyance collective obligatoire, y compris les caisses de retraite complémentaires ou les mutuelles,
  - du ou des débiteurs d'indemnité, de leurs garants, du Fonds de Garantie des victimes des actes de Terrorisme et d'autres Infractions (FGTI) ou de l'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux (ONIAM).

10-3 PLAFOND DE GARANTIE

Ces frais sont pris en charge dans la limite d'un plafond de 20 000 €.

ARTICLE 11 Frais de logement et/ou de véhicule adapté(s)

11-1 OBJET DE LA GARANTIE

En cas d'accident consécutif à un événement couvert visé à l'article 6, lorsque vous conservez, après consolidation des blessures, une incapacité permanente directement imputable à l'accident **et au moins égale 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, nous vous versons une indemnité au titre des frais d'aménagement de votre logement et/ou de votre véhicule automobile.

11-2 FIXATION DES BASES DE L'INDEMNITÉ

Nous définissons et chiffrons, avec le concours d'un organisme spécialisé s'il y a lieu, le coût des mesures d'aménagement susceptibles d'adapter votre logement et/ou votre véhicule à votre handicap.

11-3 INDEMNITÉ VERSÉE

L'indemnité versée correspond à la différence entre :

- d'une part, le coût d'acquisition ou de réalisation initiale des mesures d'adaptation du logement et/ou du véhicule automobile, auquel il convient, s'il y a lieu, d'appliquer le pourcentage de la perte de chance retenu lors de la transaction ou de la décision judiciaire définitive entre vous et les responsables, et/ou leur assureur, ou l'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM), en cas d'accident sanitaire tel que défini à l'article 6,

et,

- d'autre part, les indemnités reçues ou à recevoir par l'assuré au titre des frais d'adaptation du logement et/ou du véhicule :
  - de l'employeur, de tout régime de protection sociale ou de prévoyance collective obligatoire, y compris les caisses de retraite complémentaires ou les mutuelles,
  - du ou des débiteurs d'indemnité, de leurs garants, du Fonds de Garantie des victimes des actes de Terrorisme et d'autres Infractions (FGTI) ou de l'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux (ONIAM).

11-4 PLAFONDS DE GARANTIE

	Plafond
Frais de logement adapté	60 000 €
Frais de véhicule adapté	30 000 €

ARTICLE 12 Services à la personne

12-1 OBJET DE LA GARANTIE

A- Services à la personne destinés au souscripteur ou à son conjoint blessé

En cas d'accident ↳ consécutif à un événement visé à l'article 6, entraînant l'immobilisation d'un ou plusieurs membres du souscripteur ↳ ou de son conjoint ↳ , celui-ci bénéficie d'un crédit de services à la personne, listés à l'article 12-2 A, dont la nature, le nombre d'unités de valeur ↳ alloué et la durée d'utilisation sont précisés à l'article 4-1 et à l'Annexe I.

B- Services à la personne destinés à l'assuré scolarisé blessé autre que le souscripteur ou son conjoint (formule Famille)

En cas d'accident ↳ consécutif à un événement visé à l'article 6 entraînant l'immobilisation au domicile de plus de 2 semaines d'un assuré scolarisé autre que le souscripteur ↳ ou son conjoint ↳ , celui-ci bénéficie de services à la personne, listés à l'article 12-2 B, dont la nature et la durée d'utilisation sont précisés à l'article 4-1 et à l'Annexe I.

12-2 CONTENU DE LA GARANTIE

A- Services à la personne destinés au souscripteur ou à son conjoint blessé

Les services garantis sont les suivants :

- aide ménagère,
- auxiliaire de vie,
- déplacement accompagné,
- jardinage,
- livraison de courses,
- livraison de médicaments,
- portage de repas,
- garde des animaux de compagnie,
- coiffure à domicile.

B- Services à la personne destinés à l'assuré scolarisé blessé autre que le souscripteur ou son conjoint (formule Famille)

Dès lors que l'assuré scolarisé (niveaux primaire et secondaire) est immobilisé au domicile pendant plus de 2 semaines et n'est pas en état de suivre sa scolarité, nous organisons et prenons en charge, jusqu'à la reprise des cours, l'une des deux prestations suivantes :

- cours particuliers à domicile,
- cours en ligne.

Le détail de chaque prestation énumérée aux paragraphes A- et B- ci-avant figure à l'Annexe I.

Ces prestations sont mises en œuvre après accord de nos services qui mettent l'assuré en relation avec l'organisme prestataire.

12-3 PLAFONDS DE GARANTIE

A- Services à la personne destinés au souscripteur ou à son conjoint blessé

Les plafonds figurent à l'article 4-1.

B- Services à la personne destinés à l'assuré scolarisé blessé autre que le souscripteur ou son conjoint (formule Famille)

Les plafonds figurent à l'Annexe I.

ARTICLE 13 Prestations d'accompagnement personnalisé

13-1 OBJET DE LA GARANTIE

En cas d'accident ↳ consécutif à un événement visé à l'article 6, lorsque l'assuré désigné aux Conditions Particulières ↳ conserve, après consolidation ↳ des blessures, une incapacité permanente ↳ directement imputable à l'accident ↳ **et au moins égale à 30 %,** il bénéficie de prestations d'accompagnement personnalisé.

13-2 CONTENU DE LA GARANTIE

A- Prestations acquises à tous les assurés blessés désignés aux Conditions Particulières ↳

- soutien social,
- soutien psychologique,
- soutien ergothérapique,
- hippothérapie,
- aide à domicile.

B- Prestations acquises à l'assuré blessé désigné aux Conditions Particulières ↳ autre que le souscripteur ou son conjoint (formule Famille)

- prise en charge de l'assuré de moins de 16 ans ou de celui atteint d'un handicap sans limite d'âge,
- conduite à l'école de l'assuré scolarisé ou conduite aux examens scolaires ou aux stages et retour au domicile,
- conduite de l'assuré scolarisé aux activités extrascolaires et retour au domicile,
- soutien scolaire de l'assuré scolarisé.

C- Prestations acquises au souscripteur ou son conjoint blessé désigné aux Conditions Particulières ↳ (formule Famille)

- prise en charge des assurés de moins de 16 ans ou de ceux atteints d'un handicap sans limite d'âge,
- conduite à l'école des assurés scolarisés ou conduite aux examens scolaires ou aux stages et retour au domicile,
- conduite des assurés scolarisés aux activités extra scolaires et retour au domicile.

Le détail de chaque prestation énumérée aux paragraphes A-, B- et C- ci-avant figure à l'Annexe I.

Ces prestations sont mises en œuvre après accord de nos services qui vous mettent en relation avec l'organisme prestataire.

13-3 PLAFOND DE GARANTIE

Ces prestations sont prises en charge dans la limite du plafond de 10 000 € correspondant à 500 unités de valeur ↳ .
Le nombre d'unités de valeur ↳ correspondant à chaque prestation figure à l'Annexe I.

ARTICLE 14 Forfait hospitalisation

14-1 OBJET DE LA GARANTIE

En cas d'accident ↳ consécutif à un événement visé à l'article 6, entraînant votre hospitalisation pendant une durée continue supérieure à 2 jours, et quelle que soit la gravité de vos blessures, nous garantissons le versement d'un forfait.

14-2 INDEMNITÉ VERSÉE

L'indemnité versée correspond à 50 € par jour d'hospitalisation.

14-3 PLAFOND DE GARANTIE

	Plafond
Forfait hospitalisation	1 500 €

Pour les « actifs ↳ », le forfait versé vient en déduction du plafond prévu au titre de la garantie « Pertes de revenus professionnels ».

ARTICLE 15 Pertes de revenus professionnels

15-1 OBJET DE LA GARANTIE

En cas d'accident ↳ consécutif à un événement visé à l'article 6, nous garantissons, quelle que soit la gravité des blessures, le remboursement des pertes de revenus professionnels du souscripteur ↳ **« actif ↳ »** ou de son conjoint ↳ **« actif ↳ » (si formule Couple ou Famille souscrite)** pendant la durée de son incapacité temporaire d'activité professionnelle, déterminée 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, prouvé par la production du dernier avis d'imposition au titre de l'impôt sur le revenu ayant précédé l'accident ↳ 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 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.

15-2 INDEMNITÉ VERSÉE

L'indemnité versée est égale à la différence entre :

- d'une part, les pertes de revenus visées au paragraphe 15-1 ci-dessus, auxquelles il convient, s'il y a lieu, d'appliquer le pourcentage de la perte de chance ↳ retenu lors de la transaction ou de la décision judiciaire définitive entre vous et les responsables, et/ou leur assureur, ou l'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux, des affections iatrogènes ↳ et des infections nosocomiales ↳ (ONIAM ↳), en cas d'accident ↳ sanitaire tel que défini à l'article 6,

et,

• d'autre part, les indemnités reçues ou à recevoir par l'assuré au titre des pertes de revenus professionnels :
  - de l'employeur, de tout régime de protection sociale ou de prévoyance collective obligatoire, y compris les caisses de retraite complémentaires ou les mutuelles,
  - du ou des débiteurs d'indemnité, de leurs garants, du Fonds de Garantie des victimes des actes de Terrorisme et d'autres Infractions (FGTI) ou de l'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux (ONIAM ↳).

15-3 PLAFOND DE GARANTIE

	Plafond
Pertes de revenus professionnels	8 500 €*

**incluant 1 500 € au titre de la garantie « Forfait hospitalisation »*

ARTICLE 16 Aggravation des blessures

L'aggravation se caractérise par une évolution de l'état de l'assuré, en relation directe et certaine avec l'accident ↳ , **se traduisant par une augmentation du taux d'incapacité permanente ↳ (AIPP) fixé initialement.**

La valeur du point d'incapacité permanente ↳ (AIPP) servant de base au calcul de l'indemnité à verser à ce titre est fixée en fonction de l'âge de l'assuré au jour de la consolidation de l'aggravation.

En présence d'une aggravation, nous sommes susceptibles de verser une indemnité déterminée :
• selon les modalités de calcul et d'intervention définies pour chacun des postes de préjudice visés aux articles 8 et 10 à 15,
• sous réserve des seuils de déclenchement et **dans la limite du plafond correspondants au poste de préjudice concerné, et ce,**
• **déduction faite de l'ensemble des règlements effectués par nous au titre dudit poste et par tout autre organisme débiteur d'indemnités tant au titre du préjudice initial qu'au titre des éventuelles aggravations successives.**

En ce qui concerne les souffrances endurées visées à l'article 9, seules les souffrances endurées à l'occasion de l'aggravation sont prises en compte pour déterminer le droit à indemnisation et son montant selon la grille d'évaluation visée à l'article 3.

Lorsque notre médecin expert conclut :
• à une absence de majoration du taux d'incapacité permanente ↳ (AIPP) : l'assuré ne peut prétendre à aucune indemnisation complémentaire,
• à une augmentation du taux d'incapacité permanente ↳ (AIPP) : l'assuré est susceptible de percevoir une indemnité au titre des postes de préjudices visés aux articles 8 à 15.

ARTICLE 17 Participation aux frais d'obsèques

17-1 OBJET DE LA GARANTIE
En cas de décès de l'assuré survenant dans les douze mois de l'accident ↳ consécutif à un événement couvert visé à l'article 6, nous garantissons le versement d'une indemnité en remboursement des frais engagés pour les obsèques.

17-2 INDEMNITÉ VERSÉE
L'indemnité est égale à la différence entre :
- d'une part, les frais d'obsèques directement liés à l'inhumation ou à la crémation, auxquels il convient, s'il y a lieu, d'appliquer le pourcentage de la perte de chance ↳ retenu lors de la transaction ou de la décision judiciaire définitive entre vous et les responsables, et/ou leur assureur, ou l'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux, des affections iatrogènes ↳ et des infections nosocomiales ↳ (ONIAM ↳), en cas d'accident ↳ sanitaire tel que défini à l'article 6,

et,
- d'autre part, les indemnités reçues ou à recevoir par les bénéficiaires au titre de ce préjudice :
  - de l'employeur, de tout régime de protection sociale ou de prévoyance collective obligatoire, y compris les caisses de retraite complémentaires ou les mutuelles,
  - du ou des débiteurs d'indemnité, de leurs garants, du Fonds de Garantie des victimes des actes de Terrorisme et d'autres Infractions (FGTI) ou de l'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux (ONIAM ↳).

Par dérogation aux dispositions de l'article 23, l'indemnité reste due dans le cas du suicide d'un assuré mineur.

17-3 PLAFOND DE GARANTIE
Les frais d'obsèques sont pris en charge à concurrence des frais engagés dans la limite d'un plafond de 2 000 €.

ARTICLE 18 Préjudice patrimonial

La garantie vous est acquise uniquement lorsque vous avez souscrit la formule Couple ou Famille.

18-1 OBJET DE LA GARANTIE
En cas de décès du souscripteur ↳ ou de son conjoint ↳ désigné aux Conditions Particulières ↳ (si formule Couple ou Famille) consécutif à un événement couvert visé à l'article 6, nous indemnisons le ou les bénéficiaires désignés à l'article 5-2 en procédant au règlement, selon les modalités définies ci-dessous, d'un capital compensant leur perte de revenus déterminé sur la base des revenus annuels additionnés de l'assuré décédé et de ceux de son conjoint ↳ désigné aux Conditions Particulières ↳ .

Chacune des indemnités ainsi calculées et, s'il y a lieu leur cumul, ne peuvent excéder le plafond indiqué à l'article 18-4.

18-2 ÉLÉMENTS PRIS EN COMPTE POUR LA DÉTERMINATION DE L'INDEMNITÉ
A- Revenus nets pris en compte
Il s'agit des revenus annuels de l'assuré décédé et de ceux de son conjoint ↳ désigné aux Conditions Particulières ↳ .

Ils sont constitués par la moyenne, sur douze mois :
- des gains et rémunérations provenant de leur activité professionnelle, 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.

B- Preuve des revenus
1 - Les revenus provenant d'une activité salariée sont prouvés par la production des feuilles de paie des douze derniers mois ayant précédé l'accident ↳ .

2 - Les revenus provenant d'une activité professionnelle rémunérée mais non salariée sont prouvés par la production du dernier avis d'imposition ayant précédé l'accident ↳ au titre de l'impôt sur le revenu concernant les bénéfices industriels et commerciaux, les bénéfices non commerciaux et les 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 ↳ .

C- Part de dépenses personnelles du souscripteur ou de son conjoint décédé

Il est admis que le souscripteur ↳ ou son conjoint ↳ décédé consommait personnellement une part de ses revenus annuels propres et de ceux de son conjoint ↳ survivant désigné aux Conditions Particulières ↳ .

La part de consommation personnelle du souscripteur ↳ ou de son conjoint ↳ décédé est déterminée comme suit :

Formule de garanties souscrite	Part des revenus du foyer consommée par le défunt (souscripteur ou son conjoint)
Formule Couple	40%
Formule Famille	35%*

* Il est admis que, en cas de décès concomitant du souscripteur ↳ et de son conjoint ↳ , seule une part d'autoconsommation de 35 % est déduite de leurs revenus annuels.

18-3 INDEMNITÉ VERSÉE

A- Indemnité versée au conjoint survivant

L'indemnité versée correspond à la perte de revenus attribuée au conjoint ↳ survivant, désigné aux Conditions Particulières ↳ , dont les modalités de détermination sont précisées au paragraphe 1 ci-après, de laquelle sont déduites les prestations visées au paragraphe 2 ci-après.

1- Détermination du préjudice économique du conjoint survivant

Il correspond à la différence entre :

• d'une part, les revenus nets annuels de l'assuré décédé et de son conjoint ↳ survivant désigné aux Conditions Particulières ↳

et

• d'autre part,
  - la part de dépenses personnelles de l'assuré décédé visée à l'article 18-2 C,
  - les revenus nets annuels du conjoint ↳ survivant y compris, le cas échéant, la pension de réversion qu'il perçoit.

La perte de revenus annuels du conjoint ↳ survivant ainsi obtenue est capitalisée en fonction 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 au sexe et à l'âge, 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 ↳ , à laquelle il convient d'appliquer, en cas d'accident ↳ sanitaire tel que défini à l'article 6, le pourcentage de la perte de chance ↳ retenu lors de la transaction ou de la décision judiciaire définitive entre l'assuré et le(s) responsable(s), et/ou son assureur, ou l'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux, des affections iatrogènes ↳ et des infections nosocomiales ↳ (ONIAM ↳).

2- Déduction des sommes réglées par les tiers payeurs

Sont ensuite déduites les indemnités reçues ou à recevoir à titre personnel par le conjoint ↳ survivant en raison du décès de l'assuré au titre de ce préjudice :

• de l'employeur, de tout régime de protection sociale ou de prévoyance collective obligatoire, y compris les caisses de retraite complémentaires ou les mutuelles,
• du ou des débiteurs d'indemnité, de leurs garants, du Fonds de Garantie des victimes des actes de Terrorisme et d'autres Infractions (FGTI) ou de l'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux (ONIAM ↳).

Lorsque les indemnités réglées à ce titre sont versées sous forme de rente, elles sont capitalisées en fonction 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 au sexe et à l'âge du bénéficiaire au jour de leur premier versement et jusqu'à la date de la cessation du règlement de cette rente.

B- Indemnité versée aux autres bénéficiaires

L'indemnité versée correspond au préjudice économique subi par chaque enfant, dont les modalités de détermination sont précisées au paragraphe 1- ci-après, duquel sont déduites les prestations visées au paragraphe 2- ci-après.

1- Détermination du préjudice économique des enfants

Il correspond à la différence entre :

• d'une part, les revenus nets annuels du foyer (assuré décédé et conjoint ↳ survivant désigné aux Conditions Particulières ↳)

et

• d'autre part :
  - la part de dépenses personnelles de l'assuré décédé visée à l'article 18-2 C
  - et les revenus nets annuels du conjoint ↳ survivant

multipliée par le taux déterminé en fonction de l'âge du bénéficiaire figurant dans le tableau ci-dessous :

Bénéficiaire de moins de 18 ans	**50%**
Bénéficiaire de 18 ans et plus	**40%**

2- Déduction des sommes réglées par les tiers payeurs
Sont ensuite déduites les indemnités reçues ou à recevoir par les autres bénéficiaires en raison du décès de l'assuré au titre de ce préjudice :

- de l'employeur, de tout régime de protection sociale ou de prévoyance collective obligatoire, y compris les caisses de retraite complémentaires ou les mutuelles,
- du ou des débiteurs d'indemnité, de leurs garants, du Fonds de Garantie des victimes des actes de Terrorisme et d'autres Infractions (FGTI) ou de l'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux (ONIAM ↳).

Lorsque les indemnités réglées à ce titre sont versées sous forme de rente, elles sont capitalisées en fonction 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 au sexe et à l'âge du bénéficiaire au jour de leur premier versement et jusqu'à la date de la cessation du règlement de cette rente.

C- Modalités de règlement
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.

18-4 PLAFOND DE GARANTIE

	Plafond
Préjudice patrimonial	400 000 €

ARTICLE 19 Prestations d'accompagnement personnalisé

Les prestations d'accompagnement personnalisé vous sont acquises uniquement lorsque vous avez souscrit la formule Couple ou Famille.

19-1 OBJET DE LA GARANTIE
En cas de décès de l'assuré imputable à un accident ↳ consécutif à un événement couvert visé à l'article 6, les bénéficiaires ont droit à des prestations d'accompagnement personnalisé à utiliser dans les 12 mois suivant l'accident ↳ .

19-2 CONTENU DES PRESTATIONS
Les prestations garanties sont les suivantes :

- accompagnement budgétaire,
- soutien psychologique,
- aide à domicile.

Et, pour les assurés scolarisés ou de moins de 16 ans au titre d'une formule Famille :

- prise en charge des assurés de moins de 16 ans ou de ceux atteints d'un handicap sans limite d'âge
- conduite à l'école des assurés scolarisés ou conduite aux examens scolaires ou aux stages et retour au domicile,
- conduite des assurés scolarisés aux activités extra scolaires et retour au domicile.

Le détail de chaque prestation ci-avant énumérée figure à l'Annexe I.

Ces prestations sont mises en œuvre après accord de nos services qui vous mettent en relation avec l'organisme prestataire.

19-3 PLAFOND DE GARANTIE
Ces prestations sont mises en œuvre dans la limite du plafond de 5 000 € correspondant à 250 unités de valeur ↳ .
Le nombre d'unités de valeur ↳ correspondant à chaque prestation figure à l'Annexe I.

ARTICLE 20 Non-cumul des indemnités

Lorsque l'assuré décède des suites d'un accident ↳ après qu'une indemnité lui 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 ce, **dans la limite des plafonds figurant à l'article 4-1.**

CHAPITRE II - GARANTIES ACCORDÉES AU PETIT-ENFANT MINEUR NON DÉSIGNÉ AUX CONDITIONS PARTICULIÈRES

ARTICLE 21 Incapacité permanente

En cas d'accident entrant dans le champ d'intervention du contrat visé à l'article 6, lorsque les blessures atteignant le petit-enfant mineur non désigné aux Conditions Particulières laissent subsister une incapacité permanente directement imputable à l'accident **et au moins égale à 10 %**, nous garantissons le versement d'un capital forfaitaire dont le montant est indiqué dans le tableau ci-après.

Le montant du capital forfaitaire versé est fonction du taux d'incapacité permanente (AIPP) subsistant après consolidation des blessures déterminé par un médecin expert, spécialiste en évaluation médico-légale du dommage corporel , désigné par nous.

Les honoraires du médecin expert désigné par nous sont à notre charge.

Lors de l'examen par notre médecin expert, vous pouvez vous faire assister par le médecin de votre choix dont les honoraires et les frais sont 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).

Montants garantis en fonction du taux d'incapacité permanente :

Incapacité permanente	Capital
de 10 à 29 %	3 000 €
de 30 à 49 %	15 000 €
de 50 à 69 %	40 000 €
≥ 70 %	100 000 €

Cette garantie intervient uniquement en cas d'absence ou d'insuffisance de garantie d'un autre contrat d'assurance « accidents corporels » souscrit par le ou les représentants légaux du petit-enfant mineur. Dans ce dernier cas, la garantie Incapacité permanente intervient à titre complémentaire.

ARTICLE 22 Services à la personne

22-1 OBJET DE LA GARANTIE

En cas d'accident consécutif à un événement couvert visé à l'article 6 et dans les conditions de mise en jeu visées à l'article 22-2, l'assuré bénéficie de services à la personne, dont le contenu détaillé et la durée d'utilisation sont précisés à l'Annexe I.

Cette garantie intervient uniquement en cas d'absence ou d'insuffisance de garantie d'un autre contrat d'assurance « accidents corporels » souscrit par le ou les représentants légaux du petit-enfant mineur. Dans ce dernier cas, la garantie Services à la personne intervient à titre complémentaire.

22-2 CONTENU DE LA GARANTIE

A- Services accordés au petit-enfant mineur blessé, non désigné aux Conditions Particulières

En cas d'immobilisation au domicile de plus de 2 semaines, les services garantis sont les suivants :

- soutien scolaire (niveaux primaire et secondaire) à domicile ou en ligne,
- garde à domicile.

B- Service accordé aux grands-parents (souscripteur ou son conjoint) désignés aux Conditions Particulières

Quelle que soit la gravité des blessures du petit-enfant mineur assuré, le service garanti aux grands-parents est le suivant :

- assistance psychologique

Le détail de chaque prestation énumérée aux paragraphes A- et B- ci-avant figure à l'Annexe I.

Ces services sont mis en œuvre après accord de nos services qui mettent en relation l'assuré avec l'organisme prestataire.

EXCLUSIONS

ARTICLE 23 Exclusions applicables à toutes les garanties

1 - Sont exclues des garanties les affections, lésions ou atteintes corporelles :

- ***ou leur aggravation, qui sont en relation avec un accident survenu antérieurement à la prise d'effet du contrat,***
- ***qui ne sont pas la conséquence certaine, directe et exclusive de l'événement accidentel déclaré,***
- ***imputables à une maladie connue ou inconnue de l'assuré ou à une aggravation de cette maladie suite à une chute,***

2- Sont exclues des garanties les affections, lésions ou atteintes corporelles résultant :

- ***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,*
- ***de la rupture de la coiffe des rotateurs,***
- ***de pathologies vertébrales, de cervico-dorso-lombalgies, de sciatiques ou de hernies discales,*** *sauf si elles résultent d'un accident garanti ayant entraîné la fracture d'un corps vertébral,*
- ***d'affections cardio-vasculaires ou vasculaires cérébrales, ou de l'aggravation de ces affections suite à une chute,***
- ***de la fibromyalgie,***
- ***d'affections virales, microbiennes, parasitaires ou infectieuses,***
- ***d'une piqûre d'insecte,***
- ***de hernies inguinales, crurales ou ombilicales,***
- ***d'une expérimentation biomédicale,***
- ***de dommages ou d'aggravation des dommages causés par :***
  - ***des armes ou engins destinés à exploser par modification de structure du noyau de l'atome,***
  - ***tout combustible nucléaire, produit ou déchet radioactif ou par toute source de rayonnement ionisant,***
- ***directement ou indirectement de guerre civile ou étrangère, d'insurrection, d'émeute, de complot, de mouvement populaire, d'attentat, d'acte de terrorisme ou de sabotage auxquels l'assuré a pris une part active, ou si l'assuré y participe, d'interventions militaires,***
- ***de la manipulation volontaire par l'assuré de matériels de guerre, d'armes à feu ou d'explosifs dont la détention est interdite,***
- ***d'un burn out ou d'un bore out (syndromes d'épuisement professionnel) survenu par le fait ou à l'occasion du travail,***
- ***de dépressions nerveuses qui ne sont pas la conséquence directe de lésions traumatiques en relation avec un accident ,***
- ***de troubles bipolaires, de schizophrénie ou de paranoïa,***
- ***d'un suicide ou d'une 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 de l'assuré ou du bénéficiaire de l'indemnité à un acte illicite constituant un crime ou un délit intentionnel au sens des dispositions de l'article 121-3 alinéas 1 et 2 du Code Pénal,***
- ***d'une intervention chirurgicale, médicale, obstétricale ou esthétique, entreprise sur l'assuré par lui-même ou par un tiers non titulaire des diplômes exigés par la réglementation française pour la réaliser,***
- ***des conséquences des interventions chirurgicales effectuées hors de France ,***
- ***de la pratique d'un sport à titre professionnel.***

3 - 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.
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.

SURVENANCE D'UN SINISTRE ET MODALITÉS D'INDEMNISATION

ARTICLE 24 Vos obligations

24-1 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 ↳ .

24-2 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, en ligne à partir de la rubrique « Mon espace personnel » sur matmut.fr 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 : • 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	• En cas de blessures : 1 - vous vous engagez à fournir, sous pli confidentiel à l'attention de notre service médical : - 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 vous a examiné initialement, 2 - ultérieurement, à notre demande, vous vous engagez à : - 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 indemnités versées par l'employeur, tout régime de protection sociale ou de prévoyance collective obligatoire, y compris les caisses de retraite complémentaires ou les mutuelles et des indemnités versées par l'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux, des affections iatrogènes ↳ et des infections nosocomiales ↳ (ONIAM ↳), le Fonds de Garantie des victimes des actes de Terrorisme et d'autres Infractions (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 : 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 indemnités versées par l'employeur, tout régime de protection sociale ou de prévoyance collective obligatoire, y compris les caisses de retraite complémentaires ou les mutuelles et des indemnités versées par l' l'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux, des affections iatrogènes ↳ et des infections nosocomiales ↳ (ONIAM ↳), le Fonds de Garantie des victimes des actes de Terrorisme et d'autres Infractions (FGTI), ainsi que par le(s) responsable(s) de l'accident, son assureur ou tout organisme débiteur d'indemnités.
Sanctions en cas de non-respect de vos obligations	***En cas d'inexécution de vos obligations, nous sommes fondés à réclamer une indemnité proportionnelle aux dommages que cette inexécution nous aura causés.*** ***Est déchu de tout droit à garantie pour le sinistre ↳ en cause l'assuré qui, sciemment :*** ***• 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.*** ***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.***

ARTICLE 25 Notre Engagement Qualité

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	**Expertise** **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 pouvons pas nous mettre d'accord sur : - la qualification ou les taux retenus pour l'un quelconque des préjudices garantis, notamment ceux de l'incapacité permanente ↳ , - le besoin journalier d'une assistance permanente par tierce personne ↳ , - l'inaptitude totale à l'exercice d'une activité professionnelle, - les causes du décès, notre différend est soumis à deux médecins choisis l'un par l'assuré ou ses ayants droit, l'autre par nous. 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 judiciaire du lieu de l'accident ↳ ou du domicile de la victime. 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. **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 pouvons pas nous 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.
	Traitement des réclamations Cette procédure est décrite dans la partie dédiée « Modalités d'examen des réclamations ».
Paiement de l'indemnité	**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. **2 - Paiement** Le paiement des indemnités est effectué par nous dans un délai de 1 mois à partir de l'acceptation de l'offre.
	Avance sur recours 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. **Aucune indemnité n'est versée à titre d'avance lorsque l'assuré est victime :** - **d'un accident ↳ sanitaire constitutif d'une perte de chance ↳ et/ou d'un accident médical ↳ susceptible de donner lieu à une indemnisation par l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes ↳ et des infections nosocomiales ↳ (ONIAM ↳)** - **d'une infraction pénale susceptible de donner lieu à une indemnisation par le Fonds de Garantie des victimes des actes de Terrorisme et d'autres Infractions (FGTI).** Toutefois, le forfait hospitalisation est définitivement acquis à l'assuré.
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.
Sanction 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 ↳ .

ARTICLE 26 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, du capital Incapacité permanente ↳, des souffrances endurées ↳, du préjudice esthétique permanent ↳, des frais de prothèse et/ou fauteuil roulant, des frais de logement et/ou de véhicule adapté(s), des frais d'obsèques et du préjudice patrimonial,
- un crédit de services à la personne ou de prestations d'accompagnement personnalisé a été utilisé.

Toutefois, le forfait hospitalisation et le capital forfaitaire Incapacité permanente ↳ versé au petit-enfant mineur sont définitivement acquis à l'assuré.

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.

FONCTIONNEMENT DE VOTRE CONTRAT

ARTICLE 27 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 27-1.

27-1 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 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 32-1).

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 .

27-2 OBLIGATIONS NON RESPECTÉES

En cas de réticence ou de déclaration intentionnellement fausse, 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 32-1) 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.

ARTICLE 28 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.

ARTICLE 29 Formation, modification et durée de votre contrat, langue et loi applicables

29-1 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.**

29-2 MODIFICATION

La proposition de modification du contrat demandée par lettre recommandée, courrier électronique ou par envoi recommandé 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 de votre recommandé électronique ou aux date et heure de réception de votre courrier électronique.

Nous nous réservons le droit d'interrompre la garantie dans les 10 jours de la réception de cette proposition : elle 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 par les services postaux (cachet apposé sur le courrier ou support numérique).

29-3 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 32-1.

29-4 LANGUE ET LOI APPLICABLES

Le présent contrat est rédigé en français. Il est régi par la loi française.

ARTICLE 30 Cotisation

30-1 DÉFINITION

Votre engagement est annuel. La cotisation correspond au coût des garanties et des options 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.

30-2 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 notre garantie et, éventuellement, résilier le contrat (cas n° 8 de l'article 32-1), les frais engendrés par l'envoi de la lettre recommandée et/ou, le cas échéant, de prélèvement ou de tout autre moyen de paiement non honoré étant alors à votre charge.

30-3 RÉVISION

La révision de la cotisation est annuelle.

Elle intervient au premier jour de chaque année civile et modifie le tarif applicable aux risques garantis.

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 32-1) 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.

30-4 VARIABILITÉ

La **Matmut** est une société d'assurance mutuelle à cotisations variables.

Si les cotisations annuelles sont insuffisantes pour assurer l'équilibre des opérations, le Conseil d'Administration peut décider de procéder à un rappel de cotisation au titre de l'exercice considéré.
Vous ne pouvez en aucun cas être tenu, sauf en ce qui concerne l'augmentation des charges fiscales, parafiscales et assimilées, au-delà d'un maximum fixé à deux fois le montant de la cotisation annuelle appelée.

ARTICLE 31 Prescription

Conformément à l'article L.114-1 du Code des Assurances, toutes actions dérivant du présent contrat, qu'il s'agisse de sa validité ou de son exécution, sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :
• en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance,
• en cas de sinistre ↳ , que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

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

Les causes d'interruption de la prescription ↳ sont celles prévues par l'article L.114-2 du Code des Assurances.
Elle peut être interrompue :
• par l'une des causes ordinaires d'interruption suivantes prévues par le Code Civil :
  - 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),
  - une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou 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 ou d'un recommandé électronique, avec accusé de réception, par notre Société à l'assuré en ce qui concerne le paiement des cotisations ou, par l'assuré à notre Société en ce qui concerne le règlement des indemnités.

Conformément à l'article L.114-3 du Code des Assurances, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription ↳ , ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

ARTICLE 32 Résiliation de votre contrat et droit de renonciation

32-1 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 par tacite reconduction ↳ des garanties du contrat	Vous ou nous	Date d'échéance annuelle indiquée aux Conditions Particulières ↳	Délai de préavis à respecter pour adresser la notification : • 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	• Date d'échéance annuelle indiquée aux Conditions Particulières ↳ si la demande est formulée avant celle-ci • Le lendemain de la date de notification si votre demande de résiliation est formulée après la date d'échéance annuelle indiquée aux Conditions Particulières ↳	• Envoi par nous de l'avis d'échéance annuelle indiquée aux Conditions Particulières ↳ • Notification de la demande de résiliation adressée dans les 20 jours de cet envoi	L. 113-15-1

CAS N°	MOTIF DE LA RÉSILIATION	INITIATIVE DE LA RÉSILIATION	DATE DE PRISE D'EFFET DE LA RÉSILIATION	CONDITIONS	TEXTE APPLICABLE
3	• Changement de votre situation portant sur l'un des éléments suivants : domicile, situation matrimoniale, régime matrimonial, profession • Retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle	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 30-3 des Conditions Générales ↳
5	Diminution du risque	Vous	30 jours après 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	• 30 jours après le décès pour les formules Couple et Famille. 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 32 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 27-1 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 la notification de votre demande de résiliation	À tout moment dans les 12 mois suivant la survenance du sinistre ↳	Article 25 des Conditions Générales ↳

32-2 FORME ET DÉLAIS DE LA RÉSILIATION

A - La résiliation à votre initiative nous est notifiée conformément à l'article L.113-14 du Code des Assurances :
- soit par lettre ou tout autre support durable ↳ (courrier électronique sur l'espace personnel, lettre recommandée électronique…)
- soit par une déclaration faite à notre Siège social ou dans l'une de nos Agences.
- soit par un acte extrajudiciaire.
- soit, lorsque nous proposons la conclusion de contrat par un mode de communication à distance, par ce même mode.

Nous vous confirmons par écrit la réception de la notification de votre demande de résiliation.

Dans les cas de résiliation visés à l'article 32-1 ci-avant :
- le délai de préavis de la résiliation ou la date limite de dénonciation du contrat est décompté à partir de la date d'expédition de la notification,
- le délai de prise d'effet de la résiliation commence à courir le jour de la réception de la notification.

B - La résiliation à notre initiative vous est notifiée par lettre recommandée (avec un 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 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 notre 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.

32-3 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 et options lorsque la résiliation est consécutive au non-paiement de la cotisation.

C - Dans les autres cas, nous remboursons la fraction de cotisation à compter de la suspension ou de la résiliation, lorsque cette cotisation a été payée d'avance.

32-4 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 simple,
- 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 « **Matmut** 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 Sérénité 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 et des options, 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 et des options, 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.

32-5 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 « **Matmut** 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 Sérénité 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 et des options, 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 et des options, 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 – Services à la personne et prestations d'accompagnement personnalisé ……. Page 35

II – Exemples ……. Page 43

matmut

Le symbole ↳ renvoie à un terme défini au lexique (article 1)

SERVICES À LA PERSONNE ET PRESTATIONS D'ACCOMPAGNEMENT PERSONNALISÉ

I - EN CAS DE BLESSURES

A - Services à la personne

Le nombre d'unités de valeur ↳ correspondant à chaque service figure ci-dessous :

SERVICES		NOMBRE D'UNITÉ DE VALEUR CORRESPONDANT
Aide-ménagère (1 heure)		1
Auxiliaire de vie (1 heure)		2
Déplacement accompagné (1 transport aller et/ou retour dans un rayon de 50 km du domicile de l'assuré)		3
Jardinage (1 heure)		2
Livraison de courses (1 livraison)		3
Livraison de médicaments (1 livraison)		2
Portage de repas (1 livraison)		2
Garde des animaux de compagnie	transport aller/retour de l'animal du domicile de l'assuré à celui d'un proche ou à la pension animalière (dans un rayon de 50 km du domicile de l'assuré)	3
	Prise en charge des frais de garde de l'animal par un pet-sitter ou en pension animalière (par jour et quel que soit le nombre d'animaux)	3
Coiffure à domicile	1 déplacement aller/retour	1
	Prise en charge d'une partie de la prestation, sur présentation d'un justificatif, dans la limite de 25 €	1
Soutien scolaire (niveaux primaire et secondaire)	Soutien pédagogique à domicile jusqu'à la reprise des cours et au plus, jusqu'au terme de l'année scolaire de survenance de l'accident (dans la limite de 3h par jour - hors vacances scolaires et jours fériés)	voir j) ci-après
	OU	
	Accès à un portail web de e-learning pour assurer un soutien pédagogique à l'enfant (1 accès illimité au portail web jusqu'à la reprise des cours et au plus, jusqu'au terme de l'année scolaire de survenance de l'accident)	
Garde du petit-enfant à domicile	Intervenant spécialisé au domicile pour s'occuper du petit-enfant - dans la limite de 30h réparties sur 30 jours	voir k) ci-après
	OU	
	Déplacement aller et/ou retour d'un proche pour venir s'occuper du petit-enfant au domicile	
Assistance psychologique	jusqu'à 5 entretiens téléphoniques avec un psychologue clinicien	voir l) ci-après
	jusqu'à 3 entretiens en vis-à-vis avec un psychologue clinicien	

Les services visés ci-après aux paragraphes a) à i) sont pris en charge dans la limite du plafond figurant à l'article 4-1.

Les services visés ci-après aux paragraphes j) à l) sont pris en charge dans la limite du plafond figurant aux paragraphes correspondants.

Le détail de la prestation accordée au titre de chaque service est précisé ci-après :

a) Aide-ménagère
Nous organisons et prenons en charge la venue d'une aide-ménagère au domicile de l'assuré. Elle a pour mission de réaliser des tâches quotidiennes telles que le ménage, la préparation des repas, la vaisselle, le repassage et les courses de proximité.
L'aide-ménagère se déplace à raison de 2 heures minimum par intervention.
Cette prestation est accessible en journée, du lundi au vendredi, hors jours fériés.

b) Auxiliaire de vie
Nous organisons et prenons en charge la venue d'une auxiliaire de vie pour la garde de jour de la personne bénéficiaire.
L'auxiliaire de vie se déplace à raison d'une heure minimum.
Cette prestation est accessible du lundi au dimanche.

c) Déplacement accompagné
Lorsqu'aucune solution de transport par des proches n'est possible, nous organisons et prenons en charge le déplacement non médicalisé aller-retour de l'assuré, par le moyen de transport le plus approprié, dans un rayon de 50 km de son domicile à l'exclusion de tout transport sanitaire c'est-à-dire de ceux pris en charge par les organismes sociaux.

d) Jardinage
Nous organisons et prenons en charge la venue d'un prestataire agréé au domicile de l'assuré afin de réaliser l'entretien courant du jardin.
L'intervenant habilité se déplace à raison de 2 heures minimum par intervention.
Cette prestation est accessible du lundi au vendredi, hors jours fériés.

e) Livraison de courses
Lorsque ni l'assuré, ni l'un de ses proches n'est en mesure de faire les courses, nous organisons et prenons en charge la livraison d'une commande de courses par le moyen le plus approprié.

Le coût des courses demeure à la charge de l'assuré.

f) Livraison de médicaments
Lorsque ni l'assuré, ni l'un de ses proches n'est en mesure de récupérer les médicaments prescrits par le médecin traitant de l'assuré, nous nous chargeons d'aller les chercher à la pharmacie la plus proche du domicile de l'assuré et de les lui livrer par le moyen le plus approprié.

Le coût des médicaments demeure à la charge de l'assuré.

g) Portage de repas
Lorsque ni l'assuré, ni l'un de ses proches n'est en mesure de préparer les repas (déjeuner et dîner), nous organisons et prenons en charge la livraison d'un pack de 5 à 7 jours de repas par le moyen de transport le plus approprié.

La solution de portage de repas permet, lors de la commande, de trouver une écoute pour aider à composer ses repas en fonction de ses choix alimentaires et/ou d'un régime spécifique (diabétique, contrôlé en sodium, hypocalorique). Il sera proposé un large choix de plats équilibrés et renouvelés en fonction des saisons.

Le coût des repas demeure à la charge de l'assuré.

Le petit-déjeuner est exclu de la prestation.

h) Garde des animaux de compagnie
Pour la garde des animaux de compagnie (chiens, chats, oiseaux, lapins, petits rongeurs) vivant au domicile de l'assuré, nous prenons en charge :
- le transport aller/retour de l'animal du domicile de l'assuré à celui d'un proche ou à la pension animalière, dans un rayon de 50km de son domicile
- la garde de l'animal par un pet-sitter ou en pension animalière.

i) Coiffure à domicile
Nous organisons et prenons en charge le déplacement (aller et retour) d'un coiffeur au domicile de l'assuré.
Nous prenons également en charge une partie de la prestation, sur présentation d'un justificatif, dans la limite de 25 €.
Cette prestation est accessible du lundi au vendredi, hors jours fériés.

j) Soutien scolaire (niveaux primaire et secondaire)
Nous organisons et prenons en charge le soutien scolaire de l'élève du primaire ou du secondaire de manière à combler les lacunes dues à son immobilisation.

Les cours sont proposés dans les matières principales suivantes : mathématiques, français, Sciences et Vie de la Terre, physique/chimie, langues, histoire/géographie, philosophie, économie.

Nous mettons en œuvre, les prestations suivantes :
- cours particuliers à domicile : cours particuliers proposés jusqu'à la reprise des cours, du lundi au vendredi, dans la limite de 3 heures par jour, jusqu'au terme de l'année scolaire de survenance de l'accident, hors vacances scolaires et jours fériés.
- cours en ligne : accès illimité à un site de cours en ligne jusqu'à la reprise des cours et au plus, jusqu'au terme de l'année scolaire de survenance de l'accident.

k) Garde du petit-enfant à domicile
Nous organisons et prenons en charge l'une des prestations suivantes pour la garde du petit-enfant à domicile :
• déplacement aller-retour d'un proche au chevet du petit-enfant
• garde du petit-enfant à domicile par un intervenant qualifié, dans la limite de 30h réparties sur 30 jours.

l) Assistance psychologique
Nous organisons et prenons en charge jusqu'à 5 entretiens téléphoniques avec un psychologue clinicien et, si nécessaire, jusqu'à 3 entretiens en vis-à-vis avec un psychologue clinicien.

B - Prestations d'accompagnement personnalisé
Le nombre d'unité de valeur ↳ correspondant à chaque prestation figure ci-dessous.

PRESTATIONS			NOMBRE D'UNITÉ DE VALEUR CORRESPONDANT
Soutien social	Conseil social (1 entretien téléphonique)		4
	Bilan social 1 prestation (2 à 3 entretiens téléphoniques sur une durée de 2 mois)		12
	Prestation de coordination et de suivi 1 prestation (toute la durée de vie du dossier)		39
	Accompagnement budgétaire 1 prestation (accompagnement individuel sur 6 mois)		20
	Aide au retour à l'emploi 1 prestation (accompagnement individuel sur 6 mois)		25
Soutien psychologique	1 entretien téléphonique		4
	1er entretien en vis-à-vis		7
	2ème entretien en vis-à-vis		5
Soutien ergothérapique	Bilan situationnel par un ergothérapeute au téléphone (1 prestation)		19
	Bilan situationnel par un ergothérapeute au domicile (1 prestation)		33
	Formation de l'aidant au domicile par un ergothérapeute (1 prestation)		25
Hippothérapie	Programme individuel		200
	Programme familial		450
Aide à domicile	Aide-ménagère (1 heure)		1
	Auxiliaire de vie (1 heure)		2
	Présence d'un proche (1 déplacement aller et/ou retour + hébergement)		10
	Transfert de l'assuré chez un proche (1 déplacement aller et/ou retour + accompagnant)		10
	Déplacement accompagné (1 transport aller et/ou retour dans un rayon de 50 km du domicile de l'assuré)		3
	Jardinage (1 heure de jardinage)		2
	Livraison de courses (1 livraison de courses)		3
	Livraison de médicaments (1 livraison de médicaments)		2
	Portage de repas (1 livraison de repas)		2
	Garde des animaux de compagnie	transport aller/retour de l'animal du domicile de l'assuré à celui d'un proche ou à la pension animalière (dans un rayon de 50 km du domicile de l'assuré)	3
		Prise en charge des frais de garde de l'animal par un pet-sitter ou en pension animalière (par jour et quel que soit le nombre d'animaux)	3
	Coiffure à domicile	1 déplacement aller/retour	1
		Prise en charge d'une partie de la prestation, sur présentation d'un justificatif, dans la limite de 25 €	1
Prise en charge des assurés de moins de 16 ans*	Intervenant spécialisé au domicile pour s'occuper des assurés – 1 heure		2
	Déplacement aller et/ou retour d'un proche pour venir s'occuper des assurés au domicile		10
	Déplacement aller et/ou retour des assurés + accompagnant auprès de proches		10
Conduite à l'école, aux examens scolaires ou aux stages 1 trajet aller et/ou retour par jour dans un rayon de 50 km du domicile de l'assuré			3
Conduite aux activités extrascolaires 1 trajet aller et/ou retour par jour dans un rayon de 50 km du domicile de l'assuré			3

PRESTATIONS			NOMBRE D'UNITÉ DE VALEUR CORRESPONDANT
Soutien scolaire (niveaux primaire et secondaire)	Soutien pédagogique à domicile jusqu'à la reprise des cours et au plus, jusqu'au terme de l'année scolaire de survenance de l'accident (1H - hors vacances scolaires et jours fériés)		2
	OU		
	cours en ligne	1 abonnement de 3 mois - sans professeur	3
		1 abonnement de 6 mois - sans professeur	4
		1 abonnement de 12 mois - sans professeur	6
		1 abonnement de 6 mois - niveau collège + 18 h avec un professeur	42
		1 abonnement de 6 mois - niveau lycée + 18 h avec un professeur	45

* Sans limite d'âge pour les assurés atteints d'un handicap

Les prestations visées dans ce tableau sont prises en charge dans la limite du plafond figurant à l'article 4-1.

Le détail des prestations garanties est le suivant :

1- Soutien social

Nous organisons et prenons en charge les conseils par téléphone avec un travailleur social ou un ergothérapeute pour les prestations suivantes :

- conseil social : évaluation des besoins d'aide et d'accompagnement en matière de droits sociaux et d'actions à mettre en place,
- bilan social : réalisation d'un bilan sur une durée de 2 mois permettant d'identifier les solutions les plus adaptées à la situation de l'assuré :
  - le choix du lieu de vie,
  - la recherche des aides financières possibles,
  - les ressources locales (accueil de jours, associations…),
  - la mise en place de l'organisation la plus pertinente,
  - l'identification des priorités et l'envoi d'une synthèse récapitulant les préconisations personnalisées,
- prestation de coordination et de suivi :
  - accompagnement afin d'aider l'assuré dans la gestion de l'organisation et de coordonner les actions préconisées en fonction de l'évaluation de la situation de l'assuré :
    - › information,
    - › conseil,
    - › aide à la réflexion,
    - › prise de contact avec les différents services/structures afin de mettre en place, d'organiser et de suivre l'aide adaptée aux incapacités avec le projet de vie de l'assuré,
  - mise en place d'un accompagnement pouvant porter sur :
    - › les démarches administratives et l'ouverture des droits,
    - › les démarches et réflexions liées à l'acquisition des équipements adaptés, à l'octroi d'aides techniques, aux modifications architecturales du domicile, à l'aménagement du véhicule,
    - › les démarches, réunions avec un établissement scolaire ou un employeur,
    - › et toute autre démarche ou action servant le parcours de rééducation, de réadaptation et de réinsertion sociale,
- accompagnement budgétaire : accompagnement réalisé sur 6 mois permettant d'analyser le budget familial, de fixer des objectifs, de donner une série de recommandations afin de rééquilibrer ce budget et de mettre à disposition de l'assuré des fiches pratiques ainsi qu'un livret de compte pour son suivi.
- aide au retour à l'emploi : accompagnement réalisé sur 6 mois par le biais de 6 entretiens téléphoniques dans les domaines suivants :
  - recueil de données et analyse de la situation professionnelle,
  - informations, orientations et conseils : démarches liées à l'évolution et au changement de la situation professionnelle, acteurs et organismes compétents, préconisations relatives à l'aménagement du poste de conduite ou de travail,
  - aide à la réflexion et à la décision.

2- Soutien psychologique

Nous organisons et prenons en charge selon la situation :

- un entretien téléphonique avec un psychologue clinicien,
- et, si nécessaire, un ou deux entretiens en vis-à-vis avec un psychologue clinicien.

3- Soutien ergothérapique
Nous organisons et prenons en charge :
- un bilan situationnel par téléphone avec un ergothérapeute,
- un bilan situationnel au domicile ou sur le lieu de travail par un ergothérapeute,
- une formation de l'aidant : 2 interventions de 2 heures d'un ergothérapeute intervenant à domicile afin de faciliter le quotidien de l'aidant (aide à l'acquisition des gestes et postures dans la vie quotidienne, apprentissage de l'utilisation de matériels spécifiques, conseils pour favoriser la pérennité de la relation d'aide).

4- Hippothérapie
Nous organisons et prenons en charge une semaine d'hippothérapie au titre de l'un des deux programmes suivants :
- individuel : de 5 à 10 séances pour le bénéficiaire blessé, à raison d'une à deux séances par jour,
- familial : de 5 à 10 séances pour le bénéficiaire blessé, à raison de deux séances par jour. Le bénéficiaire blessé est accompagné par un ou deux membres de sa famille (conjoint ↳ , ascendant, descendant).

Nous prenons en charge également des frais suivants :
- les frais d'hébergement sur un site situé à proximité du lieu où se déroulent les séances d'hippothérapie,
- les frais d'un aller-retour du domicile jusqu'au lieu où se pratique l'hippothérapie, avec un véhicule personnel ou de location de catégorie B, en train 1ère classe, en avion classe économique ou en taxi ainsi que les frais de déplacement aller-retour du lieu où se pratique l'hippothérapie jusqu'au lieu d'hébergement.

Les frais de repas restent à la charge du bénéficiaire et de sa famille.

5- Aide à domicile
Les prestations garanties sont les suivantes :

a) Aide-ménagère
Nous organisons et prenons en charge la venue d'une aide-ménagère au domicile de l'assuré. Elle a pour mission de réaliser des tâches quotidiennes telles que le ménage, la préparation des repas, la vaisselle, le repassage et les courses de proximité.
L'aide-ménagère se déplace à raison de 2 heures minimum par intervention.
Cette prestation est accessible en journée, du lundi au vendredi, hors jours fériés.

b) Auxiliaire de vie
Nous organisons et prenons en charge la venue d'une auxiliaire de vie pour la garde de jour de la personne bénéficiaire.
L'auxiliaire de vie se déplace à raison d'une heure minimum.
Cette prestation est accessible du lundi au dimanche.

c) Présence d'un proche
Nous organisons et prenons en charge le transport aller et/ou retour d'un proche (1) par train 1ère classe ou avion classe économique ou par tout autre moyen de transport approprié, ainsi que son hébergement (hôtel de type 2 étoiles) dans la limite de 60€ par nuit d'hôtel (petit-déjeuner inclus), et ce pour une durée maximum de 2 nuits.

(1) Le transport de l'assuré ou du proche est mis en œuvre dans les conditions suivantes :
- si l'assuré réside en France métropolitaine ou à Monaco, le déplacement est limité à la France métropolitaine ou à Monaco,
- si l'assuré réside dans les Départements et Régions d'Outre-Mer, le déplacement est limité au seul Département ou à la seule Région d'Outre-Mer de résidence de l'assuré.

Cette prestation n'est pas cumulable avec le transfert chez un proche décrit en d).

d) Transfert de l'assuré chez un proche
Nous organisons et prenons en charge le transport non médicalisé de l'assuré par le moyen de transport le plus approprié (ainsi que celui d'un accompagnant) chez un proche (1) et/ou son retour à l'exclusion de tout transport sanitaire c'est-à-dire de ceux pris en charge par les organismes sociaux.

(1) Le transport de l'assuré ou du proche est mis en œuvre dans les conditions suivantes :
- si l'assuré réside en France métropolitaine ou à Monaco, le déplacement est limité à la France métropolitaine ou à Monaco,
- si l'assuré réside dans les Départements et Régions d'Outre-Mer, le déplacement est limité au seul Département ou à la seule Région d'Outre-Mer de résidence de l'assuré.

Notre intervention ne doit aucunement se substituer aux interventions des services publics, ni aux prestations dues par les organismes sociaux et les employeurs.

Cette prestation n'est pas cumulable avec la présence d'un proche décrit en c).

e) Déplacement accompagné
Lorsqu'aucune solution de transport par des proches n'est possible, nous organisons et prenons en charge le déplacement non médicalisé aller-retour de l'assuré, par le moyen de transport le plus approprié, dans un rayon de 50 km de son domicile à l'exclusion de tout transport sanitaire c'est-à-dire de ceux pris en charge par les organismes sociaux.

f) Jardinage
Nous organisons et prenons en charge la venue d'un prestataire agréé au domicile de l'assuré afin de réaliser l'entretien courant du jardin.
L'intervenant habilité se déplace à raison de 2 heures minimum par intervention.
Cette prestation est accessible du lundi au vendredi, hors jours fériés.

g) Livraison de courses
Lorsque ni l'assuré, ni l'un de ses proches n'est en mesure de faire les courses, nous organisons et prenons en charge la livraison d'une commande de courses par le moyen le plus approprié.

Le coût des courses demeure à la charge de l'assuré.

h) Livraison de médicaments
Lorsque ni l'assuré, ni l'un de ses proches n'est en mesure de récupérer les médicaments prescrits par le médecin traitant, nous organisons la récupération des médicaments à la pharmacie la plus proche du domicile de l'assuré et la livraison par le moyen le plus approprié.

Le coût des médicaments demeure à la charge de l'assuré.

i) Portage de repas
Lorsque ni l'assuré, ni l'un de ses proches n'est en mesure de préparer les repas (déjeuner et dîner), nous organisons et prenons en charge la livraison d'un pack de 5 à 7 jours de repas par le moyen de transport le plus approprié.

La solution de portage de repas permet, lors de la commande, de trouver une écoute pour aider à composer ses repas en fonction de ses choix alimentaires et/ou d'un régime spécifique (diabétique, contrôlé en sodium, hypocalorique). Il sera proposé un large choix de plats équilibrés et renouvelés en fonction des saisons.

Le coût des repas demeure à la charge de l'assuré.

Le petit-déjeuner est exclu de la prestation.

Cette prestation est accessible du lundi au vendredi.

j) Garde des animaux de compagnie
Pour la garde des animaux de compagnie (chiens, chats, oiseaux, lapins, petits rongeurs) vivant au domicile de l'assuré, nous prenons en charge :
- le transport aller/retour de l'animal du domicile de l'assuré à celui d'un proche ou à la pension animalière, dans un rayon de 50km de son domicile,
- la garde de l'animal par un pet-sitter ou en pension animalière.

k) Coiffure à domicile
Nous organisons et prenons en charge le déplacement (aller et retour) d'un coiffeur au domicile de l'assuré.
Nous prenons également en charge une partie de la prestation, sur présentation d'un justificatif, dans la limite de 25 €.
Cette prestation est accessible du lundi au vendredi, hors jours fériés.

6- Prise en charge des assurés de moins de 16 ans ou de ceux atteints d'un handicap sans limite d'âge :
Nous organisons et prenons en charge l'une des prestations suivantes :
- déplacement d'un proche(1) au domicile : déplacement aller et/ou retour d'un proche, par train 1ère classe ou avion classe économique ou par tout autre moyen de transport approprié,
- transfert des assurés au domicile d'un proche(1): déplacement aller et/ou retour des assurés ainsi que celui d'un adulte les accompagnant, par train 1ère classe ou avion classe économique ou par tout autre moyen de transport approprié,
- garde des assurés au domicile par un intervenant habilité, du lundi au vendredi, hors jours fériés.

(1) Le transport de l'assuré ou du proche est mis en œuvre dans les conditions suivantes :
- si l'assuré réside en France métropolitaine ou à Monaco, le déplacement est limité à la France métropolitaine ou à Monaco,
- si l'assuré réside dans les Départements et Régions d'Outre-Mer, le déplacement est limité au seul Département ou à la seule Région d'Outre-Mer de résidence de l'assuré.

7- Conduite à l'école de l'assuré scolarisé ou conduite aux examens scolaires ou aux stages et retour au domicile
Nous organisons et prenons en charge la conduite à l'école, aux examens scolaires ou aux stages et/ou le retour de l'assuré à son domicile par l'un de nos prestataires dans un rayon de 50 km du domicile de l'assuré.

8- Conduite de l'assuré scolarisé aux activités extra scolaires et retour au domicile
Nous organisons et prenons en charge la conduite aux activités extrascolaires et le retour de l'assuré à son domicile par l'un de nos prestataires dans un rayon de 50 km du domicile de l'assuré.

9- Soutien scolaire de l'assuré scolarisé
Nous organisons et prenons en charge le soutien scolaire de l'élève du primaire ou du secondaire de manière à combler les lacunes dues à son immobilisation.

Les cours sont proposés dans les matières principales suivantes : mathématiques, français, Sciences et Vie de la Terre, physique/chimie, langues, histoire/géographie, philosophie, économie.

Nous mettons en œuvre, les prestations suivantes :
- cours particuliers à domicile : cours particuliers proposés jusqu'à la reprise des cours, du lundi au vendredi, dans la limite de 3 heures par jour, jusqu'au terme de l'année scolaire de survenance de l'accident, hors vacances scolaires et jours fériés.
- cours en ligne : abonnement à un site de cours en ligne jusqu'à la reprise des cours et au plus, jusqu'au terme de l'année scolaire de survenance de l'accident.

Plusieurs abonnements sont proposés :
- abonnement de 3 mois sans professeur
- abonnement de 6 mois sans professeur
- abonnement de 12 mois sans professeur
- abonnement de 6 mois - niveau Collège + 18 heures avec un professeur
- abonnement de 6 mois – niveau Lycée + 18 heures avec un professeur

II - EN CAS DE DÉCÈS
Le nombre d'unité de valeur ↳ correspondant à chaque prestation figure ci-dessous.

PRESTATIONS		NOMBRE D'UNITÉ DE VALEUR CORRESPONDANT
Accompagnement budgétaire 1 prestation (accompagnement individuel sur 6 mois)		20
Soutien psychologique	1 entretien téléphonique	4
	1er entretien en vis-à-vis	7
	2ème entretien en vis-à-vis	5
Aide à domicile	Aide-ménagère (1 heure)	1
	Auxiliaire de vie (1 heure)	2
	Déplacement accompagné 1 transport aller et/ou retour dans un rayon de 50 km du domicile de l'assuré	3
Prise en charge des assurés de moins de 16 ans *	Intervenant habilité au domicile pour s'occuper des assurés (1 heure)	2
	Déplacement aller et/ou retour d'un proche pour venir s'occuper des assurés au domicile	10
	Déplacement aller et/ou retour des enfants + accompagnant auprès de proches	10
Conduite à l'école, aux examens scolaires ou aux stages (1 trajet aller et/ou retour par jour dans un rayon de 50 km du domicile de l'assuré)		3
Conduite aux activités extrascolaires (1 trajet aller et/ou retour par jour dans un rayon de 50 km du domicile de l'assuré)		3

* Sans limite d'âge pour les assurés atteints d'un handicap

Les prestations visées dans ce tableau sont prises en charge dans la limite du plafond figurant à l'article 4-1.

Le détail des prestations garanties est le suivant :

1- Accompagnement budgétaire
Nous organisons et prenons en charge les conseils par téléphone avec un conseiller en économie sociale et familiale pour la prestation suivante : accompagnement réalisé sur 6 mois permettant d'analyser le budget familial, de fixer des objectifs, de donner une série de recommandations afin de rééquilibrer ce budget et de mettre à disposition de l'assuré des fiches pratiques ainsi qu'un livret de compte pour son suivi.

2- Soutien psychologique
Nous organisons et prenons en charge selon la situation :
- un entretien téléphonique avec un psychologue clinicien,
- et, si nécessaire, un ou deux entretiens en vis-à-vis avec un psychologue clinicien.

3- Aide à domicile
Les prestations garanties sont les suivantes :

a) Aide-ménagère
Nous organisons et prenons en charge la venue d'une aide-ménagère au domicile de l'assuré. Elle a pour mission de réaliser des tâches quotidiennes telles que le ménage, la préparation des repas, la vaisselle, le repassage et les courses de proximité.
L'aide-ménagère se déplace à raison de 2 heures minimum par intervention.
Cette prestation est accessible du lundi au vendredi, hors jours fériés.

b) Auxiliaire de vie
Nous organisons et prenons en charge la venue d'une auxiliaire de vie pour la garde de jour de la personne bénéficiaire.
L'auxiliaire de vie se déplace à raison d'une heure minimum.
Cette prestation est accessible du lundi au dimanche.

c) Déplacement accompagné
Lorsqu'aucune solution n'est possible auprès des proches, nous organisons et prenons en charge le transport non médicalisé aller et/ou retour de l'assuré, par le moyen de transport le plus approprié dans un rayon de 50 km de son domicile à l'exclusion de tout transport sanitaire c'est-à-dire de ceux pris en charge par les organismes sociaux.

4- Prise en charge des assurés de moins de 16 ans ou de ceux atteints d'un handicap sans limite d'âge :
Nous organisons et prenons en charge l'une des prestations suivantes :
- déplacement d'un proche(1) au domicile : déplacement aller et/ou retour d'un proche, par train 1ère classe ou avion classe économique ou par tout autre moyen de transport approprié,
- transfert des assurés au domicile d'un proche(1): déplacement aller et/ou retour des assurés ainsi que celui d'un adulte les accompagnant, par train 1ère classe ou avion classe économique ou par tout autre moyen de transport approprié,
- garde des assurés au domicile par un intervenant habilité, du lundi au vendredi, hors jours fériés.

(1) Le transport de l'assuré ou du proche est mis en œuvre dans les conditions suivantes :
- si l'assuré réside en France métropolitaine ou à Monaco, le déplacement est limité à la France métropolitaine ou à Monaco,
- si l'assuré réside dans les Départements et Régions d'Outre-Mer, le déplacement est limité au seul Département ou à la seule Région d'Outre-Mer de résidence de l'assuré.

5- Conduite à l'école de l'assuré scolarisé ou conduite aux examens scolaires ou aux stages et retour au domicile
Nous organisons et prenons en charge la conduite à l'école, aux examens scolaires ou aux stages et/ou le retour de l'assuré à son domicile par l'un de nos prestataires dans un rayon de 50 km du domicile de l'assuré.

6- Conduite de l'assuré scolarisé aux activités extra scolaires et retour au domicile
Nous organisons et prenons en charge la conduite aux activités extrascolaires et le retour de l'assuré à son domicile par l'un de nos prestataires dans un rayon de 50 km du domicile de l'assuré.

EXEMPLES

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

EXEMPLE 1

Madame S. est âgée de 66 ans, elle est retraitée.
Lors d'une promenade en forêt, elle a chuté, ce qui a occasionné une fracture au bras et une fracture à la jambe.
Les blessures imputables à cet accident ont entraîné :
- une incapacité permanente partielle de 15 %
- des souffrances endurées estimées à 3,5/7

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 Sérénité » vont lui permettre de recevoir les indemnités suivantes :

Garanties	Modalités de calcul	Indemnités versées
Incapacité permanente ↳	Taux d'incapacité X Valeur de point correspondant à ce taux (article 8) 15 x 900 €	13 500 €
Souffrances endurées ↳	Article 9	3 500 €
Services à la personne	Article 12 et Annexe I	Services à la personne : 50 unités de valeur
Total		17 000 € + crédit de services à la personne

EXEMPLE 2

Mr B., âgé de 72 ans, a été très sérieusement blessé à l'occasion d'une chute en montagne.
Les blessures imputables à cet accident ont entraîné :
- 3 mois d'hospitalisation
- une incapacité permanente de 70 % lui imposant d'avoir recours à une aide humaine, plus de 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 et verticalisation électrique : 11 445 €
  - à l'aménagement des commandes de son véhicule : 20 500 €
  - à l'aménagement de son logement : 60 000 €
- des souffrances endurées estimées à 6/7
- un préjudice esthétique estimé à 6/7

Les garanties du contrat « Multirisques Accidents de la Vie Sérénité » vont lui permettre de recevoir les indemnités suivantes :

Garanties	Modalités de calcul	Indemnités versées
Incapacité permanente ↳	Taux d'incapacité majoré pour assistance par tierce personne X valeur du point correspondant à ce taux (article 8) 70 X 2175 €	152 250 €
Souffrances endurées ↳	Article 9	20 000 €
Préjudice esthétique permanent ↳	Article 9	20 000 €
Frais de fauteuil roulant	Article 10 Indemnité correspondant à la différence entre le prix d'acquisition du fauteuil roulant et le remboursement à ce titre de la CPAM soit 11 445 € – 5187 €	6 258 €
Frais d'aménagement du logement	Article 11	60 000 €

Garanties	Modalités de calcul	Indemnités versées
Frais d'aménagement du véhicule	Article 11	20 500 €
Services à la personne	Article 12	Services à la personne : 75 unités de valeur
Prestations d'accompagnement personnalisé	Article 13	Prestations d'accompagnement personnalisé : 500 unités de valeur
Forfait hospitalisation	Article 14	1 500 €
Total		280 508 € + crédit de services à la personne + crédit de prestations d'accompagnement personnalisé

EXEMPLE 3

Mr W, est décédé à l'âge de 63 ans, à la suite d'une chute alors qu'il procédait, dans son jardin, à l'élagage d'un arbre. Il était retraité et percevait une pension de retraite de 2 150 € par mois.
Sa veuve, âgée de 52 ans, était sans profession. Le couple n'avait plus d'enfant à charge.

Les garanties du contrat « Multirisques Accidents de la Vie Sérénité », en l'absence de prestations venant en déduction, vont permettre à Mme W. de recevoir les indemnités suivantes :

Garanties	Modalités de calcul	Indemnités versées
Participation aux frais d'obsèques	Article 17 Frais d'obsèques réglés et restés à charge : 3 400 €	2 000 € (remboursés à la personne qui a exposé les frais)
Préjudice patrimonial	Article 18 Détail du calcul infra	302 758 €
Prestations d'accompagnement personnalisé	Article 19	Prestations d'accompagnement personnalisé : 250 unités de valeur
Total		304 758 € + crédit de services à la personne + crédit de prestations d'accompagnement personnalisé

Détail du calcul du préjudice patrimonial :

L'indemnité résulte du calcul suivant :
Revenus annuels du couple : 2 150 x 12 = 25 800 €
A déduire autoconsommation (25 800 X 40 %) = 10 320 €
A déduire les revenus de Mme W. = 0
Total : 15 480 €

Capitalisation viagère avec le coefficient correspondant à l'âge et au sexe du plus âgé des 2, (ici Mr W. 63 ans) 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 : 19.558
15 480 € X 19.558 = 302 757.84 € arrondis à 302 758 €

MODALITÉS D'EXAMEN DES RÉCLAMATIONS

Soucieux de vous offrir le meilleur accompagnement possible, nous mettons à votre service un dispositif dédié au traitement des réclamations, pour vous répondre rapidement, en toute transparence et dans le respect de vos droits.

Qu'est-ce qu'une réclamation ?

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

Comment nous en faire part ?

Votre réclamation peut être formulée par tous moyens à votre convenance :

- vis-à-vis : auprès de votre **agence conseil**
- téléphone : **02 35 03 68 68**
- internet : via le **formulaire « réclamations »** disponible sur votre **espace personnel**
- courrier : **Matmut – Gestion des réclamations – TSA 40261 – 76729 Rouen Cedex**

Quelles sont les étapes de traitement ?

❶ Nous vous invitons à nous faire part au plus tôt de tout désaccord sur le présent contrat, quel qu'en soit l'objet (sa souscription, sa gestion ou la mise en œuvre de ses garanties).

Le responsable de l'agence ou du service concerné, ou une entité dédiée au traitement des réclamations, étudie votre situation avec la plus grande attention et s'efforce de vous répondre au plus tôt.

Si la réponse ne peut vous être adressée dans un délai de 10 jours ouvrables à compter de l'envoi de votre réclamation, un accusé de réception vous est envoyé. En toute hypothèse, nous nous engageons à vous répondre dans un délai maximal de 30 jours à compter de la réception de votre réclamation.

❷ Si la réponse apportée ne vous satisfait pas, vous pouvez solliciter notre **service « réclamations sociétaires »** à l'adresse suivante :

66 rue de Sotteville, 76030 Rouen Cedex 1

ou par mail **(service.reclamations@matmut.fr)**

Celui-ci, après examen de votre dossier, vous fait part de sa position définitive dans un délai maximal de 2 mois à compter de l'envoi de votre réclamation initiale, sauf situation exceptionnelle dont il vous informe. Un accusé de réception vous parvient sous 10 jours ouvrables si la réponse ne peut vous être adressée dans ce délai.

❸ Si votre désaccord persiste, vous pouvez saisir gratuitement le Médiateur de l'Assurance, en écrivant à :

Médiation de l'Assurance
TSA 50110
75441 Paris Cedex 09

ou en déposant votre demande sur son site internet : **www.mediation-assurance.org**

Vous pouvez consulter la charte du Médiateur directement sur ce site.

Vous pouvez également solliciter directement le Médiateur de l'Assurance s'il s'est écoulé plus de 2 mois depuis l'envoi de votre réclamation initiale.

Informations Importantes

La saisine du Médiateur doit obligatoirement intervenir dans le délai d'un an à compter de l'envoi de votre réclamation initiale et aucune action contentieuse ne doit avoir été engagée auparavant.

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

CHARTE DE PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

La présente charte est destinée à vous fournir des informations détaillées sur l'usage fait de vos données à caractère personnel (ci-après « données personnelles »), nos obligations et vos droits en la matière.

Les sociétés du Groupe Matmut collectent et traitent vos données personnelles dans le respect du Règlement Général sur la Protection des Données du 27 avril 2016, entré en application le 25 mai 2018 et de la loi du 06 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

POURQUOI UTILISONS-NOUS VOS DONNÉES PERSONNELLES ?

Pour vous assurer, vous conseiller au mieux et pour respecter nos obligations légales

Vos données personnelles sont collectées et traitées pour les finalités suivantes :

- la passation, la gestion et l'exécution de vos contrats d'assurance,
- la passation, la gestion et l'exécution de la prestation de conseil en gestion de patrimoine,
- la gestion de notre relation client et la prospection commerciale,
- l'amélioration de nos services notamment en vous 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.

QUELLES DONNÉES PERSONNELLES VOUS CONCERNANT UTILISONS-NOUS ?

Le *Groupe* Matmut collecte et traite uniquement les données pertinentes en fonction des finalités

Vos données personnelles sont recueillies soit directement auprès de vous, soit indirectement auprès de tiers (tels que des partenaires, des prestataires de services, des tiers mettant à disposition des bases de données). Le *Groupe* **Matmut** s'engage à réaliser ces traitements pour les finalités définies ci-avant, en mettant en œuvre les mesures nécessaires pour garantir le respect de votre vie privée.

Quelques exemples de données personnelles traitées, regroupées par catégories :

- **identification de personnes :** nom, prénom, numéro de téléphone, adresse de courrier électronique…
- **biens assurables pour l'appréciation du risque :** situation géographique, type et caractéristiques de votre véhicule ou de votre habitation...
- **gestion du contrat d'assurance :** numéro de sociétaire ou d'adhérent, numéro de contrat, adresse postale, adresse électronique, numéro de téléphone, montant du contrat, moyen de paiement de la cotisation…
- **santé :** description des atteintes corporelles à des fins d'indemnisation des victimes, actes médicaux/montants remboursés par la sécurité sociale à des fins de versement des prestations de la complémentaire santé…
- **sinistre/victimes :** nature du sinistre, rapport d'expertise, taux invalidité/incapacité…
- **gestion de notre relation commerciale :** demandes de renseignements sur les produits, contrats et services, origine de la demande, échanges avec les clients et les prospects…

Lorsque nécessaire, il vous est indiqué au moment de leur collecte si ces informations sont obligatoires ou facultatives.
Le défaut de communication de données obligatoires peut conduire à ce qu'une demande ne puisse être prise en compte, à l'impossibilité de passer, gérer et exécuter un contrat d'assurance.

QU'EST-CE QUI NOUS AUTORISE À LES UTILISER ?

Votre consentement ou un autre fondement légitime

Les traitements de vos données personnelles reposent sur au moins l'un des fondements juridiques 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, la conduite d'activités de recherche et de développement.

Lorsque le traitement n'est fondé sur aucun des fondements définis ci-dessus, un accord au traitement vous sera demandé.
Dans le cadre de l'exécution du contrat (gestion d'un sinistre corporel), les sociétés du *Groupe* **Matmut** et autres destinataires peuvent être amenées à traiter des données personnelles dites sensibles, relatives à la santé des personnes. Ce traitement se fait dans le respect du secret médical. Votre consentement explicite à ce que les sociétés du *Groupe* **Matmut** et autres destinataires traitent ces données personnelles pour cette finalité précise vous sera demandé.

QUI SONT LES DESTINATAIRES DE VOS DONNÉES PERSONNELLES ?

Les sociétés du *Groupe* Matmut ne communiquent vos données qu'aux personnes et organismes intervenant dans nos relations contractuelle et commerciale

Les destinataires de vos données personnelles, dans le cadre de leurs missions, sont :

- les collaborateurs du *Groupe* **Matmut**,
- 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 (société qui détermine les finalités et les moyens des traitements de données personnelles),
- s'il y a lieu les coassureurs et réassureurs ainsi que les organismes professionnels et les fonds de garanties,
- les personnes intervenant au contrat tel 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,
- les personnes bénéficiant d'un droit de communication telles que les médiateurs professionnels, autorités de contrôle ou organismes publics habilités.

COMBIEN DE TEMPS CONSERVONS-NOUS VOS DONNÉES PERSONNELLES ?

Le *Groupe* Matmut ne conserve vos données que le temps nécessaire

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.

Quelques exemples de délais de conservation liés à nos activités :

Données	Durée de conservation
Prospection commerciale	3 ans à compter du dernier contact émanant du prospect
Contrat d'assurance Habitation, Véhicule	3 ans après la fin de la relation contractuelle avec l'assuré sans dossier sinistre
Contrat d'assurance Vie	10-30 ans suite au décès de l'assuré (selon les cas et les contrats)
Lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme	5 ans à compter de la cessation des relations avec le prospect ou l'assuré
Lutte contre la fraude	5 ans à compter de la clôture du dossier de fraude de l'assuré
Gestion des cookies	13 mois à compter de leur dépôt sur le terminal de l'utilisateur

Ces délais sont donnés à titre indicatif, les durées de conservation peuvent être allongées afin de respecter nos dispositions légales et réglementaires applicables.

OÙ SONT CONSERVÉES VOS DONNÉES PERSONNELLES ?

Le *Groupe* Matmut privilégie le stockage au sein de l'Union Européenne

Par principe, nous privilégions l'hébergement et le traitement de vos données personnelles en France ou au sein de l'Union Européenne (UE) et de l'Espace Économique Européen (EEE).

Toutefois, des données personnelles peuvent faire l'objet de transferts vers des pays hors de l'UE et de l'EEE pour les finalités de traitement précitées.

Nous nous assurons dans ce cas que ce transfert est effectué en conformité avec la réglementation applicable et qu'un niveau de protection adéquat afin de respecter votre vie privée est assuré : en recourant par exemple à des clauses contractuelles types de la commission européenne ou en transférant dans un pays présentant un niveau de protection des données reconnu comme adéquat.

Certaines données personnelles, strictement nécessaires à la mise en œuvre de vos garanties contractuelles, peuvent aussi être transmises hors de l'UE et de l'EEE dans le cadre de l'exécution d'un contrat.

COMMENT SONT SÉCURISÉES VOS DONNÉES PERSONNELLES ?

Le *Groupe* Matmut met en œuvre les mesures de sécurité adaptées

Nous veillons à mettre en œuvre les mesures de sécurité adaptées afin d'assurer un niveau de protection élevé à vos données personnelles.

Le *Groupe* **Matmut** a nommé un Délégué à la Protection de Données (DPO) qui est l'interlocuteur référant de l'entreprise pour tout ce qui est lié à la protection des données personnelles.

Le DPO du *Groupe* **Matmut** conseille et coordonne les actions permettant d'assurer le bon traitement des données personnelles, et intervient également, auprès des collaborateurs, afin d'assurer la conformité des pratiques à la réglementation.

En collaboration avec le Responsable de la Sécurité des Systèmes d'Information du *Groupe* **Matmut**, le DPO du *Groupe* **Matmut** s'assure de la mise en place des moyens et des actions de mise en conformité à la réglementation en vue de garantir la sécurité, l'intégrité et la confidentialité de vos données personnelles notamment afin de les protéger contre toute perte, destruction accidentelle, altération et accès non autorisé.

Nous limitons l'accès à vos données personnelles aux seules personnes habilitées. Elles ne sont traitées par ces personnes que sur nos instructions et sont protégées par une clause de confidentialité.

Nous exigeons de nos sous-traitants qu'ils appliquent des règles strictes en matière de protection des données personnelles en conformité avec les lois et réglementations applicables, tant françaises qu'européennes.

Vous aussi soyez acteur de la sécurité de vos données personnelles.

Pour cela, nous vous recommandons de :
- protéger le mot de passe de votre espace personnel et de ne le communiquer à personne,
- vous déconnecter avant de quitter votre espace personnel, si vous partagez votre ordinateur,
- être vigilant quant aux emails ou aux appels malveillants visant à obtenir des informations personnelles pour en faire un usage frauduleux,
- appliquer les mises à jour de sécurité du système d'exploitation (Windows, Android, iOS…) ou des applications qui sont sur votre appareil.

QUELS SONT VOS DROITS ? COMMENT LES EXERCER ?

Le *Groupe* Matmut vous informe en toute transparence

Vous disposez sur vos données personnelles des droits :
- d'**accès**, pour obtenir les informations relatives aux traitements de vos données personnelles et la communication d'une copie de ces données,
- de **rectification** de données personnelles que vous considérez inexactes ou incomplètes,
- d'**effacement**, pour obtenir la suppression de vos données personnelles, si vous répondez aux conditions prévues par la réglementation (**Article 17 du RGPD**),
- de **limitation des traitements** de vos données personnelles à leur seule conservation, si vous répondez aux conditions prévues par la réglementation (**Article 18 du RGPD**),
- d'**opposition**, vous permettant de vous opposer à tout moment, pour des raisons tenant à votre situation particulière, à tout traitement de vos données personnelles, sauf lorsque le responsable du traitement démontre qu'il existe des motifs légitimes et impérieux pour le traitement qui prévalent sur vos intérêts, droits et libertés ou que le ou les traitements demeurent nécessaires pour la constatation, l'exercice ou la défense de droits en justice.
  Lorsque les données à caractère personnel sont traitées à des fins de prospection, vous avez le droit de vous opposer à tout moment au traitement des données à caractère personnel vous concernant à de telles fins de prospection, y compris au profilage dans la mesure où il est lié à une telle prospection.
- 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. Vous pouvez demander, soit à les récupérer dans un format structuré, soit à nous demander de les communiquer directement à un autre responsable de traitement.
Lorsque votre consentement a été recueilli pour un traitement de vos données personnelles, vous pouvez retirer votre consentement à ce traitement à tout moment.
Vous pouvez enfin faire l'objet d'une décision fondée exclusivement sur un traitement automatisé, y compris le profilage, produisant des effets juridiques vous concernant ou vous affectant de manière significative de façon similaire, lorsque cette décision :
- est nécessaire à la conclusion ou à l'exécution d'un contrat nous liant ;
- est fondée sur le consentement explicite de la personne concernée.

Vous avez alors le droit d'obtenir des informations relatives à cette prise de décision, de la contester le cas échéant et d'obtenir une intervention humaine de la part du responsable du traitement.

Vous pouvez exercer l'ensemble de ces droits :

- **par courrier électronique : dpd@matmut.fr**,
- **par courrier postal : Matmut** à l'attention du Délégué à la Protection des Données 66 rue de Sotteville, 76100 Rouen, en justifiant de votre identité.

Vous disposez du droit d'introduire une réclamation auprès de 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 gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique sur **www.bloctel.gouv.fr**. Néanmoins nous pouvons toujours vous téléphoner lorsqu'il s'agit de sollicitations intervenant dans le cadre de l'exécution d'un contrat en cours et ayant un rapport avec l'objet de ce contrat, y compris lorsqu'il s'agit de vous proposer des produits ou des services afférents ou complémentaires à l'objet du contrat en cours ou de nature à améliorer ses performances ou sa qualité.

À PROPOS DES COOKIES

Afin d'améliorer votre expérience, nous utilisons des cookies pour vous fournir une connexion sûre, collecter des statistiques en vue d'optimiser les fonctionnalités du site et en adapter le contenu et vous proposer des offres et des services adaptés à vos centres d'intérêt.

Pour en savoir plus et gérer vos préférences sur le site matmut.fr, nous vous invitons à consulter notre **Politique relative aux cookies**, accessible sur ce site depuis la rubrique « Gestion des Cookies ».

L'ASSURANCE ET VOS DONNÉES PERSONNELLES

Les assureurs collectent et exploitent les données personnelles de leurs assurés. Ces données leur sont indispensables pour exercer leur métier et pour apporter aux assurés des services de qualité.

France Assureurs a édité un document « Bien vous connaître, c'est bien vous assurer » pour répondre aux questions les plus fréquentes que se posent les assurés sur l'utilisation de leurs données personnelles par leur assureur.

Vous pouvez consulter **L'assurance et vos données personnelles** depuis la rubrique « Protection des données personnelles » accessible sur le site matmut.fr.

SUIVI DE LA CHARTE PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

Cette Charte, accessible à tous sur les sites internet des sociétés du *Groupe* **Matmut**, est susceptible d'être révisée en fonction des évolutions législatives et réglementaires ou d'une modification des conditions de traitement des données personnelles.

Nous vous invitons à prendre connaissance de la dernière version de cette Charte dans la rubrique « Protection des Données Personnelles » sur nos sites.

Nous vous informerons de toute modification significative de notre Charte par le biais de notre rubrique « Actualités » de notre site internet matmut.fr.

Le présent contrat est régi par le Code des Assurances et par les dispositions statutaires fixant les rapports entre la Société et ses membres. Il est soumis à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) : 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09. Il se compose des présentes Conditions Générales ainsi que des Conditions Particulières remises lors de la 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 SÉRÉNITÉ – 03/23

matmut

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
02 35 03 68 68

Crédit photo couverture : © NDABCREATIVITY - AdobeStock