

CONDITIONS GÉNÉRALES



PRÉVI-ACCIDENTS DE LA VIE

VOS CONDITIONS GÉNÉRALES

Pour vous offrir une assurance complète des Accidents de la Vie, nous avons conçu des garanties qui prennent soin de vous.

Votre contrat d'assurance Prévi-Accidents de la Vie se compose de documents que vous devez conserver :

Les Conditions Particulières

Elles sont établies selon les informations que vous avez déclarées et précisent les dispositions propres à votre contrat :

- les garanties souscrites,
- les dates d'effet du contrat,
- les montants maximums des indemnités que vous pourrez percevoir,
- les personnes assurées par le contrat,
- la cotisation applicable à votre contrat.

Les présentes Conditions Générales

Ce document contient toutes les informations concernant votre contrat : la description des garanties assorties des exclusions que vous devez connaître et des obligations que vous devez respecter.

- les définitions et limites de garanties,
- les modalités d'application des garanties,
- les préjudices indemnisés,
- le règlement des sinistres,
- la formation et la vie de votre contrat,
- la convention d'assistance.

N'oubliez pas que votre contrat a été établi sur vos déclarations en fonction de votre situation actuelle. Vous devez nous informer de tout ce qui pourrait le modifier pour qu'il soit toujours adapté à votre situation.

Le contrat que vous venez de souscrire, les garanties qui s'y rapportent, sont régis par le Code des Assurances. Il produit ses effets, à partir des dates et heures indiquées sur vos Conditions Particulières.

Il est valable jusqu'à la date de la prochaine échéance indiquée également sur vos Conditions Particulières. Il se renouvelle ensuite automatiquement d'année en année, sauf si vous ou nous prenons l'initiative d'y mettre un terme.

QUELQUES DÉFINITIONS

Quelques conseils.....	3
Quelques définitions applicables aux garanties.....	4

1. TABLEAU DES GARANTIES

5

2. LES MODALITÉS D'APPLICATION DES GARANTIES

• 2.1. Les personnes assurées par le contrat	6
• 2.2. Les bénéficiaires des indemnités	6
• 2.3. Objet de la garantie.....	6
• 2.4. Étendue territoriale de la garantie.....	6
• 2.5. Exclusions	6

3. LES PRÉJUDICES INDEMNISÉS

• 3.1. Nature et montant de la garantie	8
• 3.2. Non cumul des prestations.....	8
• 3.3. Blessures ou lésions subies par l'assuré.....	8
• 3.4. Décès de l'assuré.....	9
• 3.5. Dispositions communes en cas de blessures ou de décès de l'assuré	9

4. LE RÈGLEMENT DES SINISTRES

• 4.1. Les obligations du bénéficiaire du contrat	10
• 4.2. Les engagements de l'assureur.....	10
• 4.3. Modalités de paiement des indemnités.....	11
• 4.4. Règlement des litiges, arbitrages	11

5. LA VIE DE VOTRE CONTRAT

• 5.1. Date d'effet et durée du contrat.....	12
• 5.2. Le règlement des cotisations.....	12
• 5.3. Révision de la cotisation	12
• 5.4. Déclaration du risque.....	12
• 5.5. Résiliation du contrat	13

6. DISPOSITIONS DIVERSES

• 6.1. L'aggravation	14
• 6.2. Subrogation.....	14
• 6.3. Autres assurances	14
• 6.4. Informatique et libertés	14
• 6.5. Prescription	14
• 6.6. Démarchage à domicile ou vente à distance	14
• 6.7. L'autorité de contrôle.....	15
• 6.8. La médiation.....	15

7. CONVENTION D'ASSISTANCE

• 7.1. Préambule	16
• 7.2. Généralités	16
• 7.3. Conditions et modalités d'application	16
• 7.4. Modalité d'intervention	17
• 7.5. Prestations d'assistance aux personnes.....	17
• 7.6. Dispositions générales.....	22

Votre situation personnelle a changé

Prévenez-nous dès qu'interviennent des éléments pouvant modifier votre contrat :

- vous vous mariez, vivez en couple, ou vous séparez,
- vous venez d'avoir un ou des enfant(s),
- vous avez déménagé.

Dans tous les cas, il suffit de nous contacter et nous enregistrerons les modifications nécessaires. Vous pouvez soit contacter votre conseiller, soit appeler le service clientèle au numéro de téléphone indiqué en haut à gauche de vos Conditions Particulières.

Prévoir les risques, c'est mieux vous protéger

Des précautions simples contre les accidents du quotidien :

- bricolage : assurez-vous très sérieusement de la stabilité de votre échelle, ne travaillez pas seul en situation dangereuse,
- électricité : coupez le compteur général et non seulement l'interrupteur,
- brûlures : ne laissez pas vos enfants s'approcher de casseroles de liquide bouillant, n'allumez pas votre barbecue avec des liquides volatils inflammables, etc...
- jardinage : débranchez bien la prise ou la bougie de votre tondeuse avant de nettoyer la lame de coupe,
- baignade : contre les hydrocutions ou les risques de noyade, surveillez très attentivement vos jeunes enfants si vous êtes à proximité d'un plan d'eau ou d'une piscine,
- sport : à vélo, pensez à mettre un casque et des bandes réfléchissantes, pour vous et vos enfants. Évitez de partir seul. Vérifiez bien la qualité et l'homologation de votre équipement. Évaluez votre résistance physique avant de tenter une épreuve.

Que faire en cas d'accident ?

Contactez immédiatement le Service Clientèle Assurance afin de déclarer votre accident par téléphone. Ce service est joignable 6 jours sur 7 au numéro de téléphone indiqué sur vos Conditions Particulières.

Si vous avez besoin d'assistance, n'hésitez pas à contacter Suravenir Assistance, son intervention vous apportera l'aide dont vous avez besoin.

QUELQUES DÉFINITIONS APPLICABLES AUX GARANTIES

SOUSCRIPTEUR : La personne qui souscrit le contrat et en assume les obligations.

ASSURÉ : Sont “assurés” au sens du contrat et selon votre choix de couverture :

- le souscripteur,
- le conjoint, concubin ou pacsé non séparé de corps ou de fait,
- leurs enfants mineurs légitimes, naturels ou adoptifs, leurs enfants majeurs fiscalement à charge,
- les petits-enfants mineurs, ayant un lien direct avec le souscripteur ou le conjoint / concubin / pacsé (non séparé de corps ou de fait), lors de leur garde occasionnelle par ce dernier.

Pour être “garanti”, l’assuré doit avoir sa résidence principale en France.

ASSUREUR : Suravenir Assurances.

ACCIDENT : Tout événement soudain, imprévu, irrésistible et extérieur à la victime, cause de dommages corporels ou de décès.

AYANTS DROIT : Sont considérés au sens du contrat, comme ayants droit de l’assuré :

- son conjoint, concubin ou pacsé non séparé de corps ou de fait,
- ses enfants.

Si l’assuré est un enfant vivant sous le toit de ses parents ou fiscalement à leur charge, les ayants droit au sens du contrat sont :

- ses parents,
- ses frères et sœurs.

BÉNÉFICIAIRE : Le bénéficiaire du contrat est l’assuré. En cas de décès de celui-ci, les bénéficiaires sont ses ayants droit.

CONSOLIDATION : Stade où l’état de la victime se stabilise pour prendre un caractère permanent non susceptible de modification. La consolidation fait l’objet d’un constat médical.

DROIT COMMUN : Ensemble des règles juridiques applicables à tous, qui ne sont pas soumises à des règles spéciales ou particulières.

INVALIDITÉ PERMANENTE : Réduction définitive de certaines fonctions physiques, psychosensorielles, intellectuelles, appréciées médicalement à la date de consolidation en comparant l’état subsistant après l’accident à l’état de santé antérieur à l’événement garanti.

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

PRÉJUDICE D’AGRÉMENT : Perte ou réduction définitive pour l’assuré de ses aptitudes à poursuivre la pratique régulière et fréquente d’un sport, d’une activité artistique ou de loisir, de la même manière qu’avant l’accident garanti.

PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE : Disgrâces physiques subsistant après la date de consolidation.

PRÉJUDICE MORAL : Préjudice d’ordre affectif subi par les proches de l’assuré décédé.

PRESCRIPTION (délai de) : Le délai au-delà duquel aucune action ne peut plus être intentée.

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

SUBROGATION : Substitution par l’assureur dans les droits et actions de l’assuré ou du bénéficiaire du contrat à l’encontre de tout tiers.

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

La subrogation est limitée au montant des indemnités versées.

TIERS : Toute autre personne que l’assureur, l’assuré ou le bénéficiaire du contrat.

1. TABLEAU DES GARANTIES

Le niveau de couverture que vous avez choisi figure sur vos Conditions Particulières.

Il est défini, par vous, en fonction de **votre situation familiale et de vos besoins de protection qui peuvent être différents entre les adultes et les enfants.**

		ESSENTIEL Pour surmonter les conséquences les plus graves d'un accident.		CONFORT Pour couvrir les accidents légers et lourds	
		← (en % IPP) →		← (en % IPP) →	
		1	100	1	100
LES SOCLE DE BASE des garanties décès et IPP	Préjudices Personnels - Préjudices esthétiques permanents - Préjudice d'agrément - Souffrance endurées Frais médicaux Indemnités journalières hospitalières Optique et dentaire	Non Garanti	Garanti	Non Garanti	Garanti
	Préjudices Économiques - Incapacité permanente partielle (IPP) - Perte de revenus - Aménagement de la maison - Aménagement du véhicule - Assistance tierce personne - Matériels médicaux spécifiques tels que lit médicalisé, fauteuil roulant, etc... - Frais funéraires	Non Garanti	Garanti	Non Garanti	Garanti
	Assistance	En inclusion			

2. LES MODALITÉS D'APPLICATION DES GARANTIES

2.1. LES PERSONNES ASSURÉES

Répondent à la définition de l'assuré, selon la couverture choisie, au titre du présent contrat :

- la personne physique souscripteur du contrat désignée aux Conditions Particulières,
- son époux ou épouse non séparé(e) de corps ou de fait,
- son concubin ou sa concubine y compris la personne ayant conclu un PACS avec le souscripteur (*par concubinage il faut entendre la situation de deux personnes majeures en mesure d'établir qu'elles ont créé durablement entre elles une communauté maritale de vie, d'intérêts et de biens*),
- leurs enfants mineurs légitimes, naturels ou adoptifs, leurs enfants majeurs lorsqu'ils sont fiscalement à charge.

Le Plus : les petits-enfants mineurs, ayant un lien direct avec le souscripteur ou le conjoint / concubin / pacsé (non séparé de corps ou de fait), sont assurés lors de leur garde occasionnelle par ce dernier quelle que soit la couverture souscrite.

2.2. LES BÉNÉFICIAIRES DES INDEMNITÉS

Dans la limite du plafond de la somme assurée, bénéficient des garanties offertes par le contrat :

- l'assuré tel qu'il est défini ci-dessus à l'article premier,
- en cas de décès de l'assuré : les ayants droit justifiant avoir subi un préjudice moral ou économique direct du fait du décès de l'assuré **à l'exception de ceux qui auraient causé volontairement les dommages à la victime assurée au titre du présent contrat.**

2.3. OBJET DE LA GARANTIE

La garantie s'exerce en cas d'atteinte à l'intégrité corporelle de l'assuré survenue entre le jour de la prise d'effet du contrat et la résiliation résultant :

- d'accidents de la vie privée suite à des événements soudains, imprévus et irrésistibles, individuels ou collectifs dus à des causes extérieures,
- d'accidents dus à des attentats ou à des infractions lorsque ces derniers résultent de faits volontaires ou non qui présentent le caractère matériel d'une infraction,
- d'accidents médicaux causés à l'occasion d'actes chirurgicaux de prévention, de diagnostic, d'exploration, de traitements par des médecins et auxiliaires médicaux visés au livre IV du Code de la Santé Publique ou par des praticiens autorisés à exercer par la législation ou la législation du pays dans lequel a lieu l'acte, lorsque ces actes sont assimilables à ceux référencés dans la nomenclature générale des actes professionnels.

Est considéré comme accident médical, l'acte ou un ensemble d'actes de caractère médical qui a eu pour l'assuré des conséquences dommageables pour sa santé, exceptionnelles et anormales indépendantes de l'évolution de l'affection en cause et de l'état antérieur.

Sont également considérées comme des accidents médicaux, les affections nosocomiales contractées par l'assuré lors de son séjour dans un établissement de santé public ou privé.

La couverture des accidents médicaux n'est acquise pour autant que la première manifestation des dommages ou la programmation d'un acte médical à l'origine de ces dommages ait été inconnue de l'assuré au moment de la souscription du contrat et de la prise d'effet de la garantie.

2.4. ÉTENDUE TERRITORIALE DE LA GARANTIE

La garantie s'exerce en France métropolitaine, dans les départements et territoires d'outre-mer, dans les principautés d'Andorre et de Monaco, dans les pays membres de l'Union Européenne, en Suisse, en Islande, au Liechtenstein, à Malte, à San Marin, au Vatican et en Norvège.

Lors de voyages et de séjours qui n'excèdent pas une durée continue de **trois mois**, la garantie s'exerce dans le reste du monde.

2.5. EXCLUSIONS

Attention, cette garantie ne couvre pas les dommages :

- subis à l'occasion d'activités professionnelles ou de fonctions publiques et/ou électives ou syndicales,
- subis à l'occasion d'accidents de trajets tels que définis par le Code de la Sécurité Sociale,
- résultant d'un accident de la circulation dans lequel 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 leurs sont propres,
- résultant de la participation volontaire de l'assuré à un crime, à un délit intentionnel ou à une rixe sauf le cas de légitime défense ou d'assistance à une personne en danger,
- résultant de la pratique par l'assuré d'un sport exercé à titre professionnel dans le cadre d'une compétition ou d'un entraînement,
- résultant de la pratique par l'assuré d'un sport exercé en dehors du cadre réglementaire et légal en vigueur,
- résultant de la pratique par l'assuré de sports dits extrêmes pratiqués sans licence de sport au jour du sinistre, dont le nautisme inshore et offshore, l'alpinisme au-dessus de 4 000 mètres d'altitude, l'aviation avec voltige ou acrobatie, la spéléologie avec scaphandre autonome ou en solo, la plongée sous-marine au-delà de 40 mètres de profondeur,

- provenant de la guerre civile ou étrangère,
- dus aux effets directs ou indirects d'irradiations provenant de transmutations de noyaux d'atomes ou de la radioactivité, ainsi que ceux dus aux effets des radiations provoqués par l'accélération artificielle de particules,
- résultant d'expérimentations biomédicales,
- causés par des maladies n'ayant pas pour origine un accident garanti,
- résultant d'affections musculaires, articulaires, tendineuses et discales, telles que pathologiques vertébrales, rupture musculaires et tendineuses, lorsque celles-ci ne résultent pas d'un accident garanti,
- résultant d'affections cardio-vasculaires et vasculaires cérébrales lorsque celles-ci ne résultent pas d'un accident garanti,
- que l'assuré s'est causé intentionnellement,
- résultant d'événements dont les conséquences étaient connues de l'assuré au moment de la prise d'effet de la garantie du contrat,
- résultant d'accidents médicaux ou d'affections nosocomiales ayant des conséquences corporelles excédant le seuil de gravité requis pour l'intervention de la C.R.C.I. (Commission Régionale de Conciliation et d'Indemnisation) réunie en formation de règlement amiable,
- en cas d'accident survenu en milieu carcéral,
- en cas d'accident provoqué ou causé intentionnellement par l'assuré ou avec sa complicité,
- résultant d'un acte à caractère médical dont la finalité est uniquement d'ordre esthétique,
- en cas d'accident survenu sous l'empire d'un état alcoolique supérieur ou égal à 0,5 grammes par litre de sang au moment du sinistre, ou résultant de l'usage de stupéfiants.

3. LES PRÉJUDICES INDEMNISÉS

3.1. NATURE ET MONTANT DE LA GARANTIE

Le contrat, qui revêt un caractère indemnitaire, a pour objet d'offrir à l'assuré ou au bénéficiaire la réparation des préjudices, énumérés aux articles 3.3. et 3.4. ci-après, qu'ils ont subis du fait d'un accident garanti évalués selon les règles applicables **en droit commun**, dans le cadre d'une invalidité physique permanente ou d'un décès.

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

3.2. NON CUMUL DES PRESTATIONS

Les prestations à caractère indemnitaire couvertes par le présent contrat (notamment frais funéraires, préjudices économiques des ayants droit, indemnisation de l'invalidité permanente, frais liés à l'assistance d'une tierce personne) ne se cumulent pas avec celles perçues ou à percevoir par le bénéficiaire à d'autres titres notamment de la part d'un organisme de Sécurité Sociale, de tout autre régime de prévoyance individuelle ou collective (y compris les sociétés mutualistes) et de l'employeur, d'autres assurances couvrant les mêmes risques.

Le bénéficiaire du contrat s'oblige à communiquer à l'assureur tous les éléments constitutifs de sa protection sociale et lui transmettre, dès qu'elles lui sont notifiées par le ou les organismes débiteurs, toutes les prestations qu'il est susceptible de percevoir.

Les prestations perçues à d'autres titres viennent en déduction de celles dues dans le cadre du présent contrat, l'assureur versant le complément au bénéficiaire des garanties, s'il y a lieu.

3.3. BLESSURES OU LÉSIONS SUBIES PAR L'ASSURÉ

3.3.1. Conditions de mise en jeu des garanties

Les prestations garanties définies ci-après ne sont dues par l'assureur qu'à partir du moment où il est médicalement établi que les lésions ou blessures rattachables à un événement garanti entraînent pour l'assuré une invalidité permanente dont le taux est égal ou supérieur à celui indiqué aux Conditions Particulières du contrat.

Les indemnités journalières hospitalières et les frais médicaux sont également garantis (dans les limites décrites aux articles 3.3.7. et 3.3.8.) lorsque le taux d'invalidité est égal ou supérieur à celui indiqué aux Conditions Particulières du contrat.

Le taux d'invalidité permanente est déterminé dans les conditions et selon les modalités ci-après.

3.3.2. Fixation des bases médicales

Le taux d'invalidité subsistant après consolidation des blessures est fixé par un médecin spécialiste diplômé de la réparation du dommage corporel désigné par l'assureur.

L'expert se réfère au barème indicatif des déficits fonctionnels séquellaires en droit commun - Concours médical - dernière édition parue à la date de son examen.

Si le médecin expert détermine que l'état de l'assuré nécessite l'assistance d'une tierce personne, il en fixe la durée et la nature.

L'expert indique la durée de l'incapacité de travail imputable à l'événement garanti, il qualifie les souffrances endurées et après consolidation le préjudice esthétique.

Il donne son avis médical motivé sur les éléments relatifs aux troubles fonctionnels constitutifs du préjudice d'agrément.

Si une expertise médicale est diligentée par l'assureur, l'assuré peut se faire assister par tout médecin de son choix, les frais et honoraires de ce praticien demeurant à sa charge.

En cas de désaccord, les parties peuvent décider de recourir à l'arbitrage d'un médecin agissant en qualité de tiers expert désigné en commun.

En cas de désaccord sur le choix du tiers expert ou sur les conclusions de l'expertise, les parties peuvent convenir de faire désigner un médecin désigné par le président du Tribunal de Grande Instance saisi, aux frais de l'assureur, sur simple requête par la partie la plus diligente, l'autre ayant été régulièrement convoquée par lettre recommandée.

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

3.3.3. Invalidité permanente

L'invalidité permanente dont le taux fixé par l'expert est égal ou supérieur à celui indiqué aux Conditions Particulières du présent contrat est indemnisée par l'assureur selon les règles applicables en droit commun.

Dans le cas des invalidités permanentes comprises entre 1 et 9 % seuls sont indemnisés les préjudices personnels suivants : souffrances endurées, préjudice esthétique permanent, préjudice d'agrément, frais médicaux, indemnités journalières hospitalières, à l'exclusion de tout autre préjudice.

3.3.4. Les souffrances endurées

Les souffrances endurées par l'assuré du fait de ses blessures, de l'accident jusqu'à la date de la consolidation médico-légale de celles-ci, sont qualifiées par l'expert dans une échelle de 1 à 7. Elles sont indemnisées selon les règles du droit commun.

3.3.5. Le préjudice esthétique

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

Toutefois le préjudice esthétique n'est pas indemnisé lorsqu'il résulte d'un accident trouvant sa source dans la pratique d'un acte à caractère médical dont la finalité était uniquement d'ordre esthétique.

3.3.6. Le préjudice d'agrément

Les troubles fonctionnels constitutifs du préjudice d'agrément, tels que décrit par l'expert, sont indemnisés selon les règles appliquées en droit commun.

3.3.7. L'indemnité journalière hospitalière

Une indemnité journalière hospitalière, dont le montant est fixé aux Conditions Particulières, est due pour toute hospitalisation supérieure à 4 jours consécutifs, l'indemnisation étant alors payée dès le 1^{er} jour.

Les séjours successifs dus au même accident garanti qui ne sont pas séparés par 60 jours ou plus sont considérés comme une seule et même hospitalisation. L'assureur reprendra le versement de l'allocation à partir du premier jour de la constatation médicale de la rechute ou complication et dans la limite du montant total fixé aux Conditions Particulières.

Outre les exclusions générales figurant à l'article 2.5., l'indemnité journalière n'est pas versée dans le cas des séjours dans les établissements hospitaliers spécialisés, tels que :

- les séjours en unités ou établissements psychiatriques,
- les séjours en maisons de repos, de plein air, de convalescence, de retraite, en centres de rééducation ou réadaptation, en établissements thermaux, climatiques et de cures, en instituts médicaux pédagogiques, en hospices et services de gérontologie,
- les séjours en établissements ou services destinés à l'hébergement des personnes n'ayant plus leur autonomie de vie (centres de long séjour).

3.3.8. Les frais médicaux

Les frais médicaux (hors frais d'hospitalisation) et les frais de transports médicalement prescrits, liés à l'accident garanti, sont pris en charge en complément des régimes obligatoires et des régimes complémentaires dans la limite du montant fixé aux Conditions Particulières.

Le remboursement intervient dans la limite des frais réellement engagés.

3.4. DÉCÈS DE L'ASSURÉ**3.4.1. Préjudices indemnisés**

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

- moraux,
- matériels liés aux frais funéraires réellement exposés dans la limite du capital indiqué aux Conditions Particulières,
- économiques.

3.4.2. Calcul des préjudices

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

3.4.3. Non-cumul des indemnités invalidité permanente et décès

Lorsque postérieurement au versement de l'indemnité due pour l'invalidité permanente, l'assuré décède des suites de l'accident, les indemnités dues au titre du décès ne sont versées que sous déduction des sommes déjà réglées par l'assureur au titre de l'invalidité permanente et des préjudices personnels.

Si les indemnités réglées au titre de l'invalidité permanente et des préjudices personnels sont supérieures à celles qui auraient été dues au titre du décès, elles restent acquises à l'assuré.

3.5. DISPOSITIONS COMMUNES EN CAS DE BLESSURES OU DE DÉCÈS DE L'ASSURÉ

Le calcul des indemnités versées au titre du présent contrat s'effectue selon les règles applicables en droit commun français.

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

4. LES RÈGLEMENTS DE SINISTRES

4.1. LES OBLIGATIONS DU BÉNÉFICIAIRE DU CONTRAT

4.1.1. Déclaration de sinistre

L'assuré ou le bénéficiaire du contrat est tenu de déclarer à l'assureur tout sinistre susceptible de mettre en jeu les garanties du contrat dans le délai maximal de **cinq jours ouvrés**, calculés à partir du moment de la survenance de l'accident.

Lors de sa déclaration, l'assuré ou le bénéficiaire du contrat doit indiquer exactement les circonstances de l'événement, donner toutes précisions utiles sur le ou les tiers en cause, communiquer l'identité des témoins, indiquer si le sinistre a donné lieu à l'intervention des forces de police ou de gendarmerie et/ou celles des sapeurs-pompiers, communiquer les coordonnées de son ou ses régimes de protection sociale et des autres assurances dont la garantie est susceptible d'intervenir au titre de l'événement.

Plus généralement, l'assuré ou le bénéficiaire du contrat doit produire à l'assureur tout justificatif de nature à établir la survenance de l'accident, la réalité des préjudices subis et le lien de causalité entre ces préjudices et l'accident.

Dès la déclaration de l'événement, il doit en outre être transmis à l'assureur le certificat médical initial descriptif des blessures ou de constatation de décès.

Si l'assureur établit qu'il a subi un préjudice du fait d'un manquement à ces obligations, il sera en droit d'opposer la déchéance à l'assuré ou au bénéficiaire du contrat, sauf s'il est prouvé que le manquement est imputable à un cas fortuit ou de force majeure.

4.1.2. Postérieurement à la déclaration du sinistre

4.1.2.1. En cas de décès de l'assuré

Le ou les bénéficiaires du contrat doivent sans délai transmettre à l'assureur sur simple requête de celui-ci :

- un document médical précisant les causes du décès,
- l'attestation de décès délivrée par la mairie,
- tous justificatifs d'état civil permettant d'établir les liens de filiation ou familiaux des ayants droit de l'assuré décédé,
- la ou les factures acquittées des frais funéraires exposés,
- la justification des revenus nets perçus par la victime servant de base à la détermination du ou des préjudices économiques éventuels,
- la ou les notifications des capitaux et prestations servies aux ayants droit par les organismes sociaux, organismes de prévoyance collective ou individuelle, autres assureurs couvrant le même risque.

La production volontaire de documents erronés ou falsifiés entraîne la déchéance du droit aux garanties du présent contrat.

4.1.2.2. En cas de blessure

L'assuré est tenu :

- de se soumettre à toute expertise médicale initiée par l'assureur et aux examens complémentaires qui pourraient éventuellement être prescrits dans ce cadre, la possibilité lui étant offerte, comme stipulé à l'article 3.3.2. des présentes Conditions Générales, de se faire assister par tout praticien de son choix. La réticence de l'assuré de se soumettre à l'examen médical entraîne la suspension de garantie,
- de produire à l'assureur, sur simple requête de ce dernier, la justification de ses revenus nets perçus avant la date de l'événement garanti,
- de communiquer à l'assureur tous les éléments constitutifs de sa protection sociale et lui transmettre la ou les notifications de toutes prescriptions servies par le ou les organismes débiteurs dès qu'elles ont été acceptées par lui.

La production volontaire de documents erronés ou falsifiés entraîne la déchéance du droit aux garanties du présent contrat.

Pour bénéficier de l'indemnité journalière hospitalière, l'assuré doit fournir les pièces justificatives nécessaires permettant d'apprécier si l'hospitalisation s'inscrit dans le cadre de la garantie. A la sortie de l'hôpital, l'assuré doit faire parvenir un bulletin de situation ou une facture faisant apparaître les dates d'entrée et de sortie ou le nombre de jours d'hospitalisation, ainsi que le service où l'hospitalisation est intervenue.

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

4.2. LES ENGAGEMENTS DE L'ASSUREUR

Lorsque la garantie est due, l'offre définitive d'indemnisation doit être faite dans un délai de **cinq mois** suivant la date à laquelle l'assureur a été informé de la consolidation ou du décès de l'assuré, à la condition que, dans ce délai, la victime ou les bénéficiaires lui aient communiqué l'état des prestations perçues ou à percevoir.

Dans le cas où le médecin expert ne peut conclure de façon définitive mais estime que l'invalidité permanente imputable à l'accident dépassera le seuil de 30 %, une offre provisionnelle doit être faite dans le mois suivant la communication à l'assureur du rapport de l'expertise médicale.

Le règlement des préjudices économiques et patrimoniaux reste toutefois subordonné à la production des créances définitives des organismes prestataires tels qu'organismes sociaux et de prévoyance, employeur, les retards éventuels imputables à ces derniers ne pouvant être opposés à l'assureur.

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

4.3. MODALITÉS DE PAIEMENT DES INDEMNITÉS

Les indemnités dues au titre de l'application des garanties du présent contrat sont versées au(x) bénéficiaire(s) en capital, selon les préconisations éventuelles du juge des tutelles lorsque le ministère de celui-ci est requis.

Lorsque le choix a été fait du versement de tout ou partie des indemnités sous forme de rente temporaire ou viagère, l'ensemble des prestations liées au préjudice indemnisable, dont le capital constitutif de la rente, ne saurait excéder le montant du plafond de la garantie prévu aux Conditions Particulières.

4.4. RÈGLEMENT DES LITIGES - ARBITRAGES

A défaut d'accord de l'assuré ou du bénéficiaire sur les conditions de mise en œuvre du contrat ou sur le montant de l'indemnité qui lui est proposée par l'assureur, et sous réserve du droit dont dispose toute partie intéressée d'intenter une action en justice, la résolution du différend peut être recherchée par la mise en œuvre d'une mesure d'arbitrage.

Chaque partie désigne son arbitre. En cas de désaccord entre les arbitres, les parties peuvent convenir de faire désigner un tiers arbitre par le président du Tribunal de Grande Instance saisi aux frais de l'assureur par simple requête des deux parties ou d'une seulement, l'autre ayant été convoquée par lettre recommandée.

Chaque partie conserve à sa charge les frais et honoraires de son arbitre, ceux du tiers désigné à l'amiable ou judiciairement sont partagés par moitié entre les parties.

5. LA VIE DE VOTRE CONTRAT

5.1. DATE D'EFFET ET DURÉE DU CONTRAT

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

Le contrat, conclu pour **une durée d'un an**, est renouvelable par période d'un an par tacite reconduction à chaque échéance principale indiquée aux Conditions Particulières sauf dénonciation par l'une ou l'autre des parties. Vous avez ainsi la faculté de le résilier pour chaque échéance principale annuelle moyennant **un préavis de 1 mois**. Nous avons également cette faculté mais avec **un préavis de 2 mois**.

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

5.2. LE RÈGLEMENT DES COTISATIONS

Votre cotisation est actualisée chaque année selon les dispositions du Code des Assurances. Vous devez régler les cotisations aux échéances convenues dans les Conditions Particulières de votre contrat.

En cas de non-paiement de vos cotisations dans les délais impartis, nous vous adressons une lettre recommandée valant mise en demeure en application de l'article L 113-3 du Code des Assurances à votre dernier domicile connu. Les effets de cette lettre sont les suivants :

- la cotisation annuelle devient exigible, même en cas de paiement fractionné,
- en cas de non-paiement dans un délai de 30 jours suivant l'envoi de la lettre de mise en demeure, les garanties de votre contrat sont suspendues,
- après un délai supplémentaire de 10 jours (40 jours au total après la lettre de mise en demeure), votre contrat est automatiquement résilié si la totalité de la somme exigée n'est pas réglée.

Nous conservons, même après la résiliation, le droit de procéder au recouvrement de la cotisation impayée en exécution du contrat.

Un règlement effectué après le délai de 40 jours n'entraîne en aucun cas la remise en vigueur du contrat.

Un règlement partiel n'annule pas les effets de la mise en demeure.

5.3. RÉVISION DE LA COTISATION

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

En cas de majoration de la cotisation, le souscripteur a le droit de résilier le contrat dans les quinze jours suivant celui où il a eu connaissance de la majoration dans les conditions prévues à l'article 5.5.

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

5.4. DÉCLARATION DU RISQUE

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

5.4.1. A la souscription du contrat

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

5.4.2. En cours de contrat

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

5.4.3. Sanctions

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraîne la nullité du contrat conformément aux dispositions de l'article L 113-8 du Code des Assurances.

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

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

**5.5. RÉSILIATION
DU CONTRAT**

Vous avez la faculté de résilier le contrat à chaque échéance principale annuelle moyennant un préavis de 1 mois. Nous avons également cette faculté avec un préavis de 2 mois.

En dehors de l'échéance annuelle, vous pouvez résilier votre contrat dans les circonstances suivantes :

QUAND le contrat peut-il être résilié ?	Par QUI	Articles du Code des Assurances
<ul style="list-style-type: none"> • Conformément aux dispositions prévues par la Loi Châtel dans un délai de 20 jours à compter de la date d'envoi de l'avis d'échéance. • Si nous résilions un autre de vos contrats après sinistre. • Votre résiliation prendra effet 1 mois après votre demande, celle-ci devant nous parvenir dans le mois qui suit notre décision. • Si nous ne consentons pas à réduire la cotisation suite à diminution du risque. • Si nous augmentons la cotisation de référence. 	Vous	L 113-15-1 R 113-10 L 113-4
<ul style="list-style-type: none"> • Si vous changez : - de domicile, - de situation ou régime matrimonial, - de profession ou si vous cessez toute activité professionnelle, <p>et si ce changement affecte la nature du risque garanti. La résiliation doit être faite dans les 3 mois qui suivent l'événement et prend effet 1 mois après notification à l'autre partie.</p>	Vous ou Nous	L.113-16
<ul style="list-style-type: none"> • En cas d'aggravation du risque si vous n'acceptez pas le nouveau tarif. • En cas de déclarations incomplètes ou inexactes du risque, moyennant un préavis de 10 jours. • En cas de non-paiement de la cotisation. • Après sinistre. 	Nous	L 113-4 L 113-9 L 113-3 R 113-10
<ul style="list-style-type: none"> • Si l'agrément nous est retiré par le Ministère de Tutelle. • En cas de décès du souscripteur, le contrat sera résilié au lendemain du décès. Si d'autres personnes sont couvertes par le contrat, les droits et obligations du souscripteur décédé peuvent être transférés à un nouveau souscripteur. 	De plein Droit	L 326-12

Sort de la cotisation

Dans les cas de résiliation au cours d'une période d'assurance, nous vous remboursons la portion de cotisation afférente à la période non courue sauf en cas de résiliation pour non-paiement des cotisations.

Modalités de résiliation

Lorsque vous avez la faculté de résilier votre contrat, votre demande peut être faite, en respectant les délais de préavis :

- soit par lettre recommandée, adressée à Suravenir Assurances,
- soit directement par une déclaration faite contre récépissé auprès de notre mandataire,
- soit par acte extrajudiciaire.

La résiliation à l'initiative de l'assureur est notifiée par lettre recommandée adressée au souscripteur à son dernier domicile connu de l'assureur.

Dans tous les cas de résiliation, les délais de préavis, s'il en est prévu, sont décomptés à partir de la date d'envoi de la notification, le cachet de la poste faisant foi.

La résiliation du contrat entraîne l'extinction des obligations des parties à l'exception de celles nées avant la résiliation du contrat.

6. DISPOSITIONS DIVERSES

6.1. L'AGGRAVATION

L'aggravation de l'état séquellaire de l'assuré, en relation directe et certaine avec l'accident garanti, de nature à modifier les conclusions médicales qui ont servi de base à l'indemnisation initiale, ouvre droit à indemnisation pour autant qu'elle soit médicalement constatée dans les conditions définies à l'article 3.3.2.

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

6.2. SUBROGATION

L'assureur est subrogé dans les droits et actions de l'assuré ou du bénéficiaire du contrat à concurrence des indemnités réglées contre tout tiers responsable du sinistre.

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

6.3. AUTRES ASSURANCES

Si les risques couverts sont ou viennent à être couverts par une autre assurance, la déclaration doit être faite à l'assureur.

L'assuré ou le bénéficiaire peut obtenir l'indemnisation des dommages en s'adressant à l'assureur de son choix.

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

6.4. INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Dans le cadre de la gestion du fichier, des données à caractère personnel vous concernant sont collectées par l'assureur, responsable du traitement. Ces informations destinées à l'assureur sont nécessaires pour traiter votre demande. Elles pourront être utilisées par ses partenaires.

Un dispositif d'enregistrement et d'écoute éventuelle des conversations téléphoniques a été mis en place par l'assureur pour des raisons de qualité de service et de sécurité. Ces enregistrements sont exclusivement destinés à l'usage interne de l'assureur.

Conformément aux dispositions de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition pour motifs légitimes et de suppression des données ou enregistrements vous concernant. Si vous souhaitez exercer ces droits, veuillez vous adresser à Suravenir Assurances, Service traitant les demandes Informatiques et Libertés - 44931 Nantes Cedex 9.

6.5. PRESCRIPTION

Les actions dérivant du présent contrat sont prescrites par 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance dans les conditions déterminées par les articles L 114-1 et L 114-2 du Code des Assurances.

Toutefois, en ce qui concerne les indemnités prévues en cas de décès de l'assuré, la prescription est de 10 ans à l'égard de ses ayants droit bénéficiaires.

La prescription peut être interrompue par une des causes ordinaires d'interruption ainsi que dans les cas ci-après :

- désignation d'un expert après sinistre,
- envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne le paiement de la cotisation ou par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité,
- citation en justice (même en référé),
- commandement ou saisie signifiée à celui qu'on veut empêcher de prescrire,
- mise en œuvre de la procédure amiable de règlement des litiges visée à l'article 4.4. des présentes Conditions Générales.

6.6. DÉMARCHAGE À DOMICILE OU VENTE À DISTANCE

Démarchage à domicile (article L 112.9 du Code des Assurances) : Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception adressée à l'Assureur pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités. Toute lettre recommandée adressée à une entité juridique autre sera dépourvue de tout effet.

Vente à distance (article L 112.2.1 du Code des Assurances) : En cas de vente à distance vous bénéficiez de la faculté de renoncer à votre contrat dans les quatorze jours qui suivent sa date de conclusion, sans motif ni pénalité.

Modalité d'exercice du droit à rétractation :

Vous devez adresser une lettre recommandée avec accusé de réception à votre Assureur.

Modèle de lettre :

« Je soussigné(e) (nom, prénom, adresse) déclare renoncer à mon contrat N° (N° du contrat) d'assurance conclu (à distance / par démarchage à domicile) le (date) et demande le remboursement de la cotisation, déduction faite de la part correspondant à la période durant laquelle le contrat était en vigueur. Dans ce cas, la résiliation prendra effet à compter de la date de réception de la présente lettre. »

Toutefois, l'intégralité de la cotisation reste due à l'assureur si le souscripteur exerce son droit de renonciation alors qu'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat et dont il n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.

6.7. L'AUTORITÉ DE CONTRÔLE

L'autorité de contrôle de Suravenir Assurances est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 61 rue Taitbout - 75436 Paris cedex 09.

6.8. LA MÉDIATION

En cas de difficultés relatives à la vie de votre contrat ou à l'occasion de la déclaration d'un sinistre, consultez d'abord votre interlocuteur habituel. Vous avez également la possibilité d'adresser votre réclamation à :

Responsable des relations consommateurs - Suravenir Assurances, 44931 Nantes Cedex 9.

Une réponse vous sera apportée dans un délai de 2 mois à compter de la réception de votre réclamation.

Votre distributeur

Les mentions légales de votre distributeur figurent sur les Conditions Particulières de votre contrat.

7. CONVENTION D'ASSISTANCE

7.1. PRÉAMBULE

La présente convention d'assistance constitue les Conditions Générales du contrat d'assistance "Prévi-Accidents de la Vie".

Elle détermine les prestations qui seront garanties et fournies par Europ Assistance, entreprise régie par le Code des Assurances aux bénéficiaires du contrat "Prévi-Accidents de la Vie" souscrit auprès de Suravenir Assurances.

7.2. GÉNÉRALITÉS

7.2.1. Objet

La présente convention d'assistance "Prévi-Accidents de la Vie" a pour objet de préciser les obligations réciproques d'Europ Assistance et des bénéficiaires définis ci-après, qui ont souscrit un contrat "Prévi-Accidents de la Vie".

7.2.2. Définitions

Europ Assistance : Par Europ Assistance, il faut entendre Suravenir Assistance, Société Anonyme au capital de 35 402 785 €, entreprise régie par le Code des Assurances, immatriculée au registre du commerce et des sociétés de Nanterre sous le numéro 451 366 405, sise 1 promenade de la Bonnette, 92230 Gennevilliers.

Dans la présente convention d'assistance, Europ Assistance, est remplacé par le terme "nous".

Accident : Par accident, on entend un événement soudain et fortuit, atteignant un assuré durant la période de validité des garanties de la présente convention, non intentionnel de la part de ce dernier, provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure et lui interdisant tout déplacement par ses propres moyens. Cet événement doit également et obligatoirement revêtir les caractéristiques de l'une des catégories d'accidents définis aux paragraphes "Accidents médicaux", "Accidents dus à des attentats ou à des infractions", "Accidents de la vie privée".

Ne sont pas couverts les accidents de la circulation.

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

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

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

Bénéficiaire : Le bénéficiaire du contrat est l'assuré tel que défini à l'article 2.1. (selon la couverture choisie) des présentes Conditions Générales.

Dans la présente convention d'assistance les bénéficiaires sont désignés par le terme "vous".

Domicile : Par domicile, il faut entendre le lieu de résidence principale et habituelle du bénéficiaire en France. Son adresse figure sur son dernier avis d'imposition sur le revenu.

Étranger : Par étranger, on entend dans le monde entier, à l'exception de la France et des pays exclus.

France : Par France, il faut entendre la France métropolitaine et Principauté de Monaco.

Franchise : Par franchise, on entend la partie du montant des frais restant à votre charge.

Hospitalisation : Toute admission justifiée par un bulletin d'hospitalisation dans un centre hospitalier (hôpital ou clinique), prescrite par un médecin, consécutive à une maladie ou à un accident, et comportant au moins une nuit sur place.

Immobilisation : Incapacité (totale ou partielle) physique à se déplacer constatée par un médecin, faisant suite à une maladie ou à un accident, et nécessitant le repos au domicile. Elle devra être justifiée par un certificat médical ou selon le bénéficiaire concerné, par un arrêt de travail circonstancié.

7.3. CONDITIONS ET MODALITÉS D'APPLICATION DE LA CONVENTION D'ASSISTANCE

7.3.1. Validité et durée du contrat

Les garanties d'assistance s'appliquent pendant la période de validité du contrat "Prévi-Accidents de la Vie". Elles cessent de ce fait si le contrat est résilié. La couverture "Prévi-Accidents de la Vie" prend effet à compter de la date de souscription au contrat pour une durée de **un an** renouvelable par tacite reconduction.

7.3.2. Conditions d'application

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

Notre intervention ne saurait se substituer aux interventions des services publics locaux ou de tous intervenants auxquels nous aurions l'obligation de recourir en vertu de la réglementation locale et/ou internationale. Les prestations définies aux paragraphes "Accompagnement des enfants" et "Garde des enfants" sont accordées uniquement aux souscripteurs d'une couverture incluant leurs enfants.

7.3.3. Titres de transport

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

7.3.4. Nature des déplacements couverts

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

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

7.3.5. Étendue territoriale

7.3.5.1. Assistance aux Personnes : Monde entier.

7.3.5.2. Exclusions

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

7.4. MODALITÉS D'INTERVENTION

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

Afin de nous permettre d'intervenir, nous vous recommandons de préparer votre appel.

Nous vous demanderons les informations suivantes :

- vos nom(s) et prénom(s),
- l'endroit précis où vous vous trouvez, l'adresse et le numéro de téléphone où l'on peut vous joindre,
- votre numéro de contrat "Prévi-Accidents de la Vie".

Si vous avez besoin d'assistance, vous devez :

- nous appeler sans attendre au **01 41 21 06 06**, depuis l'étranger vous devez composer le 33 1 41 21 06 06 (Télécopie : 33 1 41 85 85 71)
- **obtenir notre accord préalable avant de prendre toute initiative ou d'engager toute dépense**,
- vous conformer aux solutions que nous préconisons,
- nous fournir tous les éléments relatifs au contrat souscrit,
- nous fournir tous les justificatifs originaux des dépenses dont le remboursement est demandé.

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

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

Fausse déclaration

Lorsqu'elles changent l'objet du risque ou en diminuent notre opinion :

- Toute réticence ou déclaration intentionnelle fautive de votre part entraînent la nullité du contrat. Les primes payées nous demeurent acquises et nous serons en droit d'exiger le paiement des primes échues.
- Toute omission ou déclaration inexacte de votre part dont la mauvaise foi n'est pas établie entraîne la résiliation du contrat 10 jours après notification qui vous sera adressée par lettre recommandée.

7.5. PRESTATIONS D'ASSISTANCE AUX PERSONNES

7.5.1. Quelques conseils pour vos déplacements

AVANT DE PARTIR

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

pour savoir si vous entrez dans le champ d'application de la dite convention et si vous avez des formalités à accomplir (retrait d'un formulaire...). Pour obtenir ces documents, vous devez vous adresser avant votre départ à l'institution compétente et en France, auprès de la Caisse d'Assurance Maladie.

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

SUR PLACE

- Si vous pratiquez une activité physique ou motrice à risque ou un déplacement dans une zone isolée dans le cadre de votre voyage, nous vous conseillons de vous assurer au préalable qu'un dispositif de secours d'urgence a été mis en place par les autorités compétentes du pays concerné pour répondre à une éventuelle demande de secours.
- En cas de perte ou de vols de vos papiers d'identité ou de vos moyens de paiement, il est plus aisé de reconstituer ces documents si vous avez pris la peine d'en faire des photocopies et de noter les numéros de votre passeport, carte d'identité et carte bancaire, que vous conserverez séparément.
- Si vous êtes blessé(e), contactez-nous dans les plus brefs délais, après avoir pris soin de faire appel aux secours d'urgence (SAMU, pompiers, etc.) auxquels nous ne pouvons nous substituer.

ATTENTION

- Certaines pathologies peuvent constituer une limite aux conditions d'application du contrat. Nous vous conseillons de lire attentivement la présente convention d'assistance.

7.5.2. Assistance en cas d'accident

7.5.2.1. Transport / Rapatriement (France et étranger)

Vous êtes blessé, en France ou à l'étranger, lors d'un déplacement suite à un accident comme défini aux paragraphes "Accidents médicaux", "Accidents dus à des attentats ou à des infractions" et "Accidents de la vie privée", nos médecins se mettent en relation avec le médecin local qui vous a pris en charge à la suite de l'événement. Les informations recueillies auprès du médecin local, et éventuellement auprès de votre médecin traitant habituel, nous permettent, après décision de nos médecins, de déclencher et d'organiser, en fonction des seules exigences médicales :

- soit votre retour à votre domicile,
- soit votre transport, le cas échéant sous surveillance médicale, vers un service hospitalier approprié proche de votre domicile, par véhicule sanitaire léger, ambulance, wagon-lit, train en 1^{ère} classe (couchette ou place assise), avion de ligne en classe économique ou avion sanitaire.

Dans certains cas, votre situation médicale peut nécessiter un premier transport vers un centre de soins de proximité, avant d'envisager un retour vers une structure proche de votre domicile.

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

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

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

7.5.2.2. Retour d'un accompagnant bénéficiaire (France et étranger)

Lorsque vous êtes rapatrié(e) par nos soins, vers votre domicile ou l'hôpital le plus proche de votre domicile, selon avis de notre Service Médical, nous organisons le transport d'une personne bénéficiaire de votre famille qui se déplaçait avec vous afin, si possible, de vous accompagner lors de votre retour. Ce transport se fera :

- soit avec vous,
- soit individuellement.

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

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

7.5.2.3. Présence hospitalisation (France et étranger)

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

Nous prenons également en charge les frais d'hôtel de cette personne (chambre et petit-déjeuner) pendant 10 nuits maximum, jusqu'à un maximum de 50 € TTC par nuit.

Cette prestation n'est pas cumulable avec la prestation "Retour d'un accompagnant bénéficiaire".

7.5.2.4. Accompagnement des enfants (France et étranger)

Si à la suite d'un accident comme défini aux paragraphes "Accidents médicaux", "Accidents dus à des attentats ou à des infractions" et "Accidents de la vie privée", survenu en cours de voyage, vous vous trouvez dans l'impossibilité de vous occuper de vos enfants de moins de 15 ans, nous organisons et prenons en charge le voyage aller/retour en train 1^{ère} classe ou avion classe économique, depuis son domicile en France, d'une personne désignée par vos soins, ou d'une de nos hôtesses, pour venir chercher vos enfants et les conduire à votre domicile ou chez un proche en France.

Nous prenons également en charge le coût du voyage retour des enfants bénéficiaires.

Cette prestation est valable uniquement pour les combinaisons incluant les enfants.

7.5.2.5. Avance sur frais d'hospitalisation (étranger)

Si vous êtes blessé suite à un accident comme défini aux paragraphes "Accidents médicaux", "Accidents dus à des attentats ou à des infractions" et "Accidents de la vie privée", survenu en cours de voyage, lors d'un déplacement à l'étranger et tant que vous vous trouvez hospitalisé(e), nous pouvons faire l'avance des frais d'hospitalisation dans la limite de 4 500 € TTC par bénéficiaire et par an. Cette avance s'effectuera sous réserve des conditions cumulatives suivantes : pour des soins prescrits en accord avec nos médecins, tant que ces derniers vous jugent intransportable après recueil des informations auprès du médecin local.

Aucune avance n'est accordée à compter du jour où nous sommes en mesure d'effectuer le transport, même si vous décidez de rester sur place. Dans tous les cas, vous vous engagez à nous rembourser cette avance au plus tard 30 jours après réception de notre facture. Pour être vous-même remboursé(e), vous devez ensuite effectuer les démarches nécessaires au recouvrement de vos frais médicaux auprès des organismes concernés.

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

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

7.5.2.6. Remboursement complémentaire des frais médicaux (étranger)

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

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

Nature des frais médicaux ouvrant droit à remboursement complémentaire

Le remboursement complémentaire couvre les frais définis ci-après, à condition qu'ils concernent des soins reçus à l'étranger à la suite d'un accident comme défini aux paragraphes "Accidents médicaux", "Accidents dus à des attentats ou à des infractions" et "Accidents de la vie privée", survenu en cours de voyage :

- honoraires médicaux,
- frais de médicaments prescrits par un médecin ou un chirurgien,
- frais d'ambulance ou de taxi ordonnés par un médecin pour un trajet local à l'étranger,
- frais d'hospitalisation quand vous êtes jugé intransportable par décision de nos médecins prise après recueil des informations auprès du médecin local. Le remboursement complémentaire de ces frais d'hospitalisation cesse à compter du jour où nous sommes en mesure d'effectuer votre transport, même si vous décidez de rester sur place,
- urgence dentaire avec un plafond de 80 € TTC.

Montant et modalités de prise en charge

Nous vous remboursons le montant des frais médicaux engagés à l'étranger et restant à votre charge après remboursement effectué par la Sécurité Sociale, la mutuelle et/ou tout autre organisme de prévoyance à hauteur de 4 500 € TTC maximum par personne bénéficiaire et par an.

Une franchise de 15 € TTC est appliquée dans tous les cas par bénéficiaire et par événement.

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

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

A défaut, nous ne pourrions procéder au remboursement.

7.5.3. Assistance en cas de décès d'un bénéficiaire à la suite d'un accident**7.5.3.1. Transport de corps (France et étranger)**

Si un bénéficiaire décède au cours d'un déplacement suite à un accident comme défini aux paragraphes "Accidents médicaux", "Accidents dus à des attentats ou à des infractions" et "Accidents de la vie privée", survenu en cours de voyage, nous organisons et prenons en charge le transport du défunt bénéficiaire jusqu'au

lieu des obsèques en France. Nous prenons également en charge l'intégralité des frais nécessités par les soins de préparation et les aménagements spécifiques au transport et participons aux frais de cercueil jusqu'à concurrence de 450 € TTC maximum, [à l'exclusion de tous les autres frais](#).

7.5.3.2. Reconnaissance de corps et formalités décès (France et étranger)

Si le bénéficiaire décède à plus de 100 km de son domicile suite à un accident comme défini aux paragraphes "Accidents médicaux", "Accidents dus à des attentats ou à des infractions" et "Accidents de la vie privée", survenu en cours de voyage, et si la présence d'un membre de sa famille ou d'un proche s'avère indispensable pour effectuer la reconnaissance du corps et les formalités de rapatriement ou d'incinération, sur le lieu de séjour, nous organisons et prenons en charge le déplacement aller-retour en avion classe économique ou en train 1^{ère} classe de cette personne depuis la France jusqu'au lieu du décès. Nous prenons également en charge le séjour de cette personne à l'hôtel (chambre et petit-déjeuner) jusqu'à concurrence de 50 € TTC maximum par nuit pendant 2 nuits maximum.

7.5.4. Assistance psychologique (France)

7.5.4.1. Convivialité

Europ Assistance reçoit les appels téléphoniques des bénéficiaires et dialogue avec eux. De plus, Europ Assistance appelle le bénéficiaire, à sa demande ou à celle de son entourage, à date et heure fixées par eux.

7.5.4.2. Soutien psychologique

Suite à un accident comme défini aux paragraphes "Accidents médicaux", "Accidents dus à des attentats ou à des infractions" et "Accidents de la vie privée", ayant entraîné ou non, le décès d'un bénéficiaire, nous mettons à votre disposition, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 et 365 jours par an, un service Écoute et Accueil Psychologique vous permettant de contacter par téléphone des psychologues cliniciens. Le ou les entretien(s) téléphonique(s), mené(s) par des professionnels qui garderont une écoute neutre et attentive, vous permettra de vous confier et de clarifier la situation à laquelle vous êtes confronté suite à cet événement. Les psychologues interviennent dans le strict respect du code de déontologie applicable à la profession de psychologue, et ne s'autoriseront en aucun cas à débiter une psychothérapie par téléphone. En fonction de votre situation et de votre attente, un rendez-vous pourra être aménagé afin de rencontrer près de chez vous, un psychologue diplômé d'état choisi par vous parmi 3 noms de praticiens que nous vous aurons communiqués. Nous assurerons l'organisation de ce rendez-vous après vous avoir proposé le choix entre plusieurs praticiens proches de votre domicile. [Le choix du praticien appartient à vous seul et les frais de cette consultation sont à votre charge.](#)

7.5.5. Assistance en cas d'hospitalisation du bénéficiaire d'une durée supérieure à 2 jours ou d'immobilisation au domicile supérieure à 4 jours à la suite d'un accident

7.5.5.1. Garde des enfants (France)

Suite à un accident comme défini aux paragraphes "Accidents médicaux", "Accidents dus à des attentats ou à des infractions" et "Accidents de la vie privée", et en cas d'hospitalisation du bénéficiaire de plus de 2 jours ou d'immobilisation au domicile de plus de 4 jours, vous pourrez prétendre à l'un des trois services suivants :

- soit nous mettons à la disposition d'une personne de votre choix, résidant en France, un billet de train aller/retour en 1^{ère} classe ou un billet d'avion de ligne en classe économique depuis son domicile et jusqu'à votre domicile pour lui permettre d'effectuer la garde des enfants,
- soit nous organisons et prenons en charge le transfert aller/retour de vos enfants de moins de 15 ans par train en 1^{ère} classe ou par avion de ligne en classe économique depuis leur domicile et jusqu'au domicile d'un parent résidant en France métropolitaine ou en Principauté de Monaco, accompagnés d'une de nos hôtesses. Nous prenons également en charge le coût du voyage aller/retour de l'hôtesse,
- soit nous organisons et prenons en charge la présence d'une personne qualifiée pour venir garder vos enfants de moins de 15 ans à votre domicile pendant 40 heures maximum.

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

Délais de mise en place

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

Cette prestation est valable uniquement pour les combinaisons incluant les enfants.

7.5.5.2. Transport d'animaux de compagnie (France)

Suite à un accident comme défini aux paragraphes "Accidents médicaux", "Accidents dus à des attentats ou à des infractions" et "Accidents de la vie privée", et en cas d'hospitalisation du bénéficiaire de plus de 2 jours ou d'immobilisation au domicile de plus de 4 jours, et si vous n'êtes plus en mesure de vous occuper de vos animaux de compagnie (chien ou chat), vous pourrez prétendre à l'un des deux services suivants :

- soit nous organisons et prenons en charge le transport de l'animal jusqu'à l'établissement de garde approprié proche de votre domicile. Nous prenons également en charge les frais de garde à concurrence de 30 jours maximum,

- soit nous organisons et prenons en charge le transport de l'animal jusqu'au domicile d'un proche résidant en France dans un rayon de 50 km de votre domicile. **Les frais de garde restent à votre charge.**

Cette prestation est soumise au respect des conditions de transport définies par les prestataires que nous sollicitons (vaccinations à jour...) et dans tous les cas elle sera rendue sous réserve que vous nous communiquiez les éléments et documents, en particulier son passeport, demandés notamment par le service des douanes ou les compagnies aériennes. Elle ne peut être fournie que si vous ou une personne autorisée par vous peut accueillir le prestataire au lieu de prise en charge choisi.

Pour le transport aérien de votre animal, vous devrez être muni d'une cage prévue à cet effet.

7.5.6. Assistance en cas d'hospitalisation du bénéficiaire d'une durée supérieure à 5 jours ou d'immobilisation au domicile supérieure à 10 jours

7.5.6.1. Aide ménagère (France)

Suite à un accident comme défini aux paragraphes "Accidents médicaux", "Accidents dus à des attentats ou à des infractions" et "Accidents de la vie privée", et en cas d'hospitalisation du bénéficiaire de plus de 5 jours ou d'immobilisation au domicile de plus de 10 jours, nous organisons la mise à disposition d'une aide ménagère pour effectuer les travaux ménagers à votre domicile.

Nous prenons en charge le coût de l'aide ménagère jusqu'à concurrence de 10 heures de travail maximum (et au minimum de 2 heures à la fois), soit pour venir en aide au conjoint resté seul pendant votre hospitalisation, soit à votre retour au domicile pour vous aider durant votre convalescence. L'utilisation du service doit intervenir dans les 30 jours suivant le début de l'hospitalisation et/ou le retour d'hospitalisation, ou dans les 30 jours suivant le début de l'immobilisation.

A défaut de la présentation des justificatifs (bulletin d'hospitalisation ou certificat médical précisant votre immobilisation), nous nous réservons le droit de vous refacturer l'intégralité de la prestation.

7.5.6.2. Soutien pédagogique (France)

La présente garantie a pour objet d'apporter une aide pédagogique à l'enfant scolarisé du bénéficiaire à la suite d'un accident de la vie garanti entraînant son immobilisation au domicile et si l'enfant se trouve dans l'incapacité médicalement constatée de reprendre ses cours, et que cette obligation entraîne une absence scolaire supérieure à 10 jours ouvrés d'école consécutifs.

Nous recherchons et prenons en charge, à partir du 11^{ème} jour, un répétiteur se déplaçant à votre domicile pour donner des cours dans les matières principales à concurrence de 40 heures maximum, hors période de vacances scolaires, tant que l'enfant n'est pas en mesure de retourner à l'école et dans tous les cas dans un délai maximum d'un mois. Cette aide pédagogique s'adresse exclusivement aux enfants scolarisés en France du cours préparatoire à la classe de terminale, à raison de 2 heures de cours consécutives au minimum.

Vous devrez justifier votre demande en nous adressant un certificat médical précisant que l'enfant ne peut, compte tenu de son état, se rendre dans son établissement scolaire et la durée prévue de son immobilisation.

7.5.6.3. Recherche d'une Maison d'Accueil (France)

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

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

7.5.6.4. Recherche de personnel à domicile (France)

Sur simple appel téléphonique, nous vous mettons en relation avec du personnel à domicile dans des domaines d'activité diversifiés :

- médecin (de garde en cas d'indisponibilité du médecin traitant du bénéficiaire),
- aide soignante,
- infirmière,
- kinésithérapeute,
- garde malade,
- aide-ménagère,
- pédicure,
- coiffeur,
- personne de courtoisie.

Lors de chaque demande, il sera précisé par nous, suivant le cas, le délai minimum d'intervention du prestataire. **Les honoraires de ces prestataires sont à votre charge.**

7.5.6.5. Livraison de médicaments à domicile (France)

Vous êtes immobilisé(e) à domicile, à la suite d'un accident, lorsqu'un médecin vient de vous prescrire en urgence, par ordonnance, des médicaments, si personne de votre entourage ne peut se déplacer et si les médicaments sont immédiatement nécessaires, nous allons les chercher dans une officine de pharmacie proche de votre domicile (ou pharmacie de garde) et nous vous les apportons.

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

7.5.6.6. Accompagnement dans les déplacements (France)

Sur simple appel téléphonique, nous vous communiquons les coordonnées de prestataires pouvant organiser vos déplacements avec l'aide d'un accompagnateur qui vous véhiculera et restera à vos côtés lors de ces déplacements. À titre d'exemple :

- Rendez-vous chez le coiffeur,
- Rendez-vous chez le notaire,
- Déplacement à la poste ou à la banque,
- Accompagnement au supermarché,
- Accompagnement à la gare ou à l'aéroport.

Cette prestation est réalisée principalement dans les grandes villes françaises et en fonction des disponibilités locales. Nous vous communiquerons les coordonnées de plusieurs prestataires proches de votre domicile et le choix du prestataire final appartient à vous seul. **Le coût de cette prestation est à votre charge et vous devrez vous en acquitter directement auprès du prestataire.**

7.5.6.7. Livraison de matériel médical à domicile (France)

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

Seul le coût du matériel reste à votre charge.

7.5.7. Assistance en cas de besoins en informations privées

7.5.7.1. Informations Incapacité, Invalidité et Dépendance

Sur simple demande, nous vous communiquons les informations et renseignements à caractère documentaire qui vous permettront d'orienter vos démarches administratives, juridiques ou sociales dans les domaines de l'incapacité, invalidité ou dépendance.

Dans tous les cas, si une réponse ne peut être apportée immédiatement, nous effectuons les recherches nécessaires et nous vous rappelons dans les meilleurs délais.

Ces informations constituent des renseignements à caractère documentaire visés par l'article 66-1 de la loi modifiée du 31 décembre 1971. Il ne peut en aucun cas s'agir de consultations juridiques.

Selon les cas, nous vous orienterons vers les catégories d'organismes ou de professionnels susceptibles de vous répondre. Nous ne pourrions être tenus pour responsables des interprétations, ni de l'utilisation des informations communiquées.

Notre service Informations est accessible sur simple appel téléphonique de 8 h 30 à 19 h 30 sauf les dimanches et jours fériés.

7.6. DISPOSITIONS GÉNÉRALES

7.6.1. Ce que nous excluons

7.6.1.1. Exclusions générales

Nous ne pouvons intervenir lorsque vos demandes sont consécutives :

- à des dommages causés par des maladies n'ayant pas pour origine un accident garanti,
- à une guerre civile ou étrangère, des émeutes, des mouvements populaires, des actes de terrorisme, une catastrophe naturelle auxquelles vous avez pris intentionnellement part,
- à votre participation volontaire à des émeutes ou grèves, rixes ou voies de fait,
- à la désintégration du noyau atomique ou toute irradiation provenant d'une source d'énergie présentant un caractère de radioactivité,
- à l'usage de médicaments, de drogues, de stupéfiants et produits assimilés non ordonnés médicalement, et de l'usage abusif d'alcool,
- à un acte intentionnel de votre part ou d'un acte dolosif, d'une tentative de suicide ou suicide,
- aux incidents survenus au cours d'épreuves, courses, ou compétitions motorisées (ou leurs essais), soumises par la réglementation en vigueur à l'autorisation préalable des pouvoirs publics, lorsque vous y participez en tant que concurrent,
- aux sinistres survenus dans les pays exclus de la garantie de la convention d'assistance ou en dehors des dates de validité de garantie, et notamment au delà de la durée de déplacement prévu à l'étranger.

Sont également exclus :

- les frais engagés sans notre accord, ou non expressément prévus par la présente convention d'assistance,
- les frais non justifiés par des documents originaux,
- les frais de douane,
- les frais de restaurant (hors petits-déjeuners).

7.6.1.2. Exclusions relatives à l'assistance aux personnes

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

Outre les Exclusions Générales figurant au chapitre 7.6.1.1., sont exclus :

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

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

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

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

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

7.6.3. Subrogation

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

7.6.4. Prescription

En vertu des articles L 114-1 et L 114-2 du Code des Assurances, toute action concernant ce contrat, qu'elle émane de vous ou de nous, est prescrite dans un délai de 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois ce délai ne court :

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

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

La prescription peut être interrompue par :

- la désignation d'experts,
- l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par nous en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par vous en ce qui concerne le règlement de l'indemnité,
- la saisie d'un tribunal même en référé,
- toute cause ordinaire d'interruption de la prescription.

7.6.5. Déchéance pour déclaration frauduleuse

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

7.6.6. Cumul des garanties

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

7.6.7. Réclamations - Litiges

En cas de réclamation ou de litige, le bénéficiaire pourra s'adresser au service Qualité d'Europ Assistance, 1 promenade de la Bonnette, 92633 Gennevilliers cedex.

7.6.8. Autorité de contrôle

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

7.6.9. Informatique et Libertés

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

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

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

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

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

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

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

Besoin d'accompagnement pour votre sinistre,
un numéro pratique

N°Indigo 32 60 dites **AccidentÉl**
0.15 EUR TTC/MN
6j/7

BESOIN D'ASSISTANCE,
contactez Suravenir Assistance au

01 41 21 06 06
24h/24 et 7j/7

MÉDIATION

En cas de difficultés, consultez d'abord votre interlocuteur habituel.

Vous pouvez aussi adresser votre réclamation au service :

Relations Consommateurs
Suravenir Assurances
44931 Nantes cedex 9

SURAVENIR
ASSURANCES 
UNE FILIALE DU **Crédit Mutuel ARKEA**

