

CONDITIONS GÉNÉRALES

et Convention d'assistance



SOMMAIRE

Vos contacts		
Votre contrat		
Autorité de contrôle des entreprises d'assurance	5	19
Quels sont les documents qui composent votre contrat ?	5	19
Où votre contrat s'applique-t-il ?	5	19
Les bases de votre contrat	5	19
Pour une meilleure indemnisation	5	19
Réclamations	5	19
Médiation	6	20
Protection des données personnelles	6	20
Conditions Générales		
Quelques définitions		
Les personnes assurées		
Les événements garantis		
Ce qui est exclu		
La formule Essentielle		
Tableau de synthèse	11	24
Ce qui est indemnisable	11	24
Montants d'indemnisation maximum	11	25
Dispositions d'indemnisation spécifiques à la formule Essentielle	12	25
La formule Sérénité		
Tableau de synthèse	13	26
Ce qui est indemnisable	13	28
Montants d'indemnisation maximum	13	30
Dispositions d'indemnisation spécifiques à la formule Sérénité	14	30
Autres préjudices indemnisables (toutes formules)	17	36
Les Dispositions en cas de sinistre		
Que devez-vous faire en cas de sinistre ?	18	36
Dispositions communes	18	39
4 La vie de votre contrat		
Loi applicable et langue utilisée	5	19
Durée de votre contrat	5	19
Date de souscription de votre contrat	5	19
Date de prise d'effet de vos garanties	5	19
Modalités de souscription	5	19
Votre droit de renonciation	5	19
Convention de preuve de la souscription électronique	5	20
Vos déclarations à la souscription du contrat	6	20
Vos déclarations en cours de contrat	6	20
Votre cotisation en détail	6	20
La possibilité de mettre fin à votre contrat	9	21
Conditions de résiliation	9	21
Délai de prescription	10	22
10 Convention d'Assistance		
Comment faire intervenir l'assistance ?	11	24
Définitions contractuelles	11	24
Conditions d'exécution des prestations	11	25
Résumé des prestations et prises en charge		
Formule Essentielle	12	26
Formule Sérénité	12	28
Prestations		
En cas de traumatisme psychologique (suite à un Accident)	13	30
Conseil social	13	30
Aide pour une orientation médicale	14	30
En cas d'Hospitalisation ou d'Immobilisation au Domicile du Bénéficiaire suite à un Accident	14	30
En cas de Séquelles handicapantes lourdes	15	32
En cas de perte d'emploi	15	34
En cas d'Accident survenu lors d'un déplacement à l'Étranger	15	34
En cas de décès	15	35
17 Exclusions générales		
18 Les dispositions générales		
Déclaration de confidentialité		

VOS CONTACTS

Pour toute information ou modification concernant votre contrat ou votre situation personnelle,

Allô Contrats



Signalez-nous immédiatement toute modification de votre contrat :
Pour tout savoir sur la vie de votre contrat, reportez-vous page 19.

Pour déclarer un sinistre,

Allô Sinistres



Il est indispensable de faire votre déclaration dans un délai de 5 jours ouvrés après l'accident.
En cas d'accident résultant d'un attentat ou d'une infraction, pensez à déposer une plainte auprès des autorités de police, sous 5 jours également.
Pour plus d'informations sur votre déclaration, reportez-vous page 18.

Pour vous assister en cas d'urgence, 24h/24 et 7j/7,

Mondial Assistance - 24h/24, 7j/7

- Depuis la France : 01 40 25 50 01* (Appel non surtaxé)
- Depuis l'étranger : +33 1 40 25 50 01*

■**Accès sourds et malentendants : <https://accessibilite.votreassistance.fr> (24h/24)**

Mondial Assistance vous assistera dans vos démarches et vous fournira l'aide d'urgence et les prestations décrites dans la Convention d'Assistance page 24.

Lors de vos appels à nos services, pensez à vous munir de votre numéro de contrat et de vos références personnelles.
Ces éléments, que vous trouverez sur vos Conditions Particulières, vous seront demandés.

*Coût d'un appel local. Tarif depuis une ligne fixe, en France métropolitaine.

Depuis un autre opérateur en France ou à l'étranger, tarification selon l'opérateur. Tarif en vigueur au 01/11/2025.

VOTRE CONTRAT

VOTRE CONTRAT ACCIDENTS DE LA VIE EST RÉGI PAR LE CODE DES ASSURANCES.

IL EST CONCLU ENTRE :

Le souscripteur

ET :

SOGESSUR

SA au capital de 33 825 000 euros

379 846 637 RCS Nanterre

Siège social : Tour D2 - 17 bis place des Reflets

92919 Paris La Défense Cedex

Adresse de correspondance :

SOGESSUR - TSA 91102 - 92894 Nanterre Cedex 9

Les prestations d'assistance garanties dans le cadre de la Convention d'Assistance (page 24) sont assurées par :

FRAGONARD ASSURANCES

SA au capital de 37 207 660 euros

479 065 351 RCS Bobigny

Siège social : 7 rue Dora Maar - 93400 Saint-Ouen

Et mises en œuvre par :

AWP FRANCE SAS

SAS au capital de 7 584 076,86 euros

490 381 753 RCS Bobigny

Siège social : 7 rue Dora Maar - 93400 Saint-Ouen

Société de courtage d'assurances

Inscription ORIAS 07 026 669

<https://www.orias.fr/>

Ci-après désignée sous le nom commercial :

Mondial Assistance.

Ces entreprises sont régies par le Code des assurances.

Autorité de contrôle des entreprises d'assurance

Les entreprises citées ci-dessus sont soumises au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09. www.acpr.banque-france.fr

Quels sont les documents qui composent votre contrat ?

Votre contrat se compose :

- des présentes « **Conditions Générales** » qui délimitent le champ d'application, les modalités de mise en œuvre et les limites de vos garanties ;
- de la présente « **Convention d'Assistance** » qui décrit les prestations dont vous bénéficiez ;
- des « **Conditions Particulières** » établies à la souscription qui personnalisent votre contrat en fonction des informations que vous nous avez communiquées et l'adaptent à votre situation. Elles précisent également les garanties que vous avez choisies parmi celles que nous vous proposons ;
- le cas échéant, de l'avenant ou des avenants qui modifient votre contrat initial.

Où votre contrat s'applique-t-il ?

Vos garanties s'exercent pour des accidents survenant en France métropolitaine, dans les départements, régions d'Outre-mer et collectivités d'Outre-mer, dans les principautés d'Andorre et Monaco, dans les pays membres de l'Union Européenne, en Suisse, en Islande, au Liechtenstein, à San Marin, au Vatican, au Royaume-Uni et en Norvège, pendant la période de validité du contrat.

Elles s'exercent également dans le reste du monde pour des accidents survenant lors de voyages et de séjours n'excédant pas une durée continue de 3 mois.

* Pour les tarifs, se reporter page 4.

Cette durée est étendue à 1 an pour les enfants désignés au contrat qui sont fiscalement à charge, lorsqu'ils effectuent un séjour à l'étranger dans le cadre de leurs études. Cette extension n'est valable qu'une seule fois par enfant sur la période de la prise d'effet du contrat à sa résiliation et quelle que soit la durée totale du cursus à l'étranger. Votre lieu de résidence habituelle, tel qu'il est déclaré sur vos Conditions Particulières, doit se situer en France métropolitaine.

Les bases de votre contrat

Elles reposent sur les déclarations que vous nous avez faites. Elles nous permettent de fixer les conditions dans lesquelles vous êtes garanti ainsi que le montant de votre cotisation.

Si vous relevez dans vos Conditions Particulières une quelconque inexactitude, prévenez-nous immédiatement.

• Appelez Allô Contrats au

N°Cristal 0 969 329 969

APPEL NON SURTAXE

Nous corrigerais ensemble les éléments de votre contrat. Par exemple, signalez-nous toute inexactitude sur votre situation familiale.

En effet, une omission ou une inexactitude peut entraîner une réduction de votre indemnité ou la nullité de votre contrat en cas de fraude ou de mauvaise foi.

Pour une meilleure indemnisation

Il vous appartient d'apporter toute justification utile sur la réalité du dommage subi. Aussi, conservez précieusement tous les documents et renseignements qui nous seront utiles pour fixer le montant de l'indemnisation, notamment le bulletin de situation en cas d'hospitalisation.

Réclamations

Sogessur a la volonté de vous apporter en permanence la meilleure qualité de service.

Toutefois des insatisfactions ou des désaccords peuvent survenir au cours de notre relation.

1. Réclamation liée à la souscription auprès de votre conseiller de clientèle

WSi votre réclamation concerne la souscription de votre contrat auprès de votre banque, intermédiaire en assurances, nous vous invitons à vous rapprocher de votre conseiller de clientèle et à consulter le document « Vos besoins, Nos conseils » qu'il vous aura adressé ou remis.

2. Réclamation liée à la vie de votre contrat

Si votre réclamation porte sur la souscription, la gestion de votre contrat par Allô Contrats, la gestion d'un sinistre ou une prestation d'assistance, consultez tout d'abord votre gestionnaire en assurance en composant le n° 01 41 39 72 94¹.

Si la réponse apportée ne vous satisfaisait pas, vous pouvez vous adresser au service Sogessur Réclamations Clients en écrivant à l'adresse suivante :

Sogessur Réclamations Clients

TSA 91102

92894 Nanterre Cedex 9

Nous accuserons réception de votre demande dans un délai de 10 jours ouvrables à compter de son envoi et nous nous engageons à vous répondre dans un délai maximal de 2 mois à compter de l'envoi de votre demande.

Les réclamations portant sur une prestation d'assistance seront transmises par nos soins à notre partenaire Mondial Assistance qui vous répondra directement dans les délais cités ci-dessus et vous précisera, en cas de rejet ou de refus de faire droit en totalité ou partiellement à votre réclamation, les voies de recours possibles, notamment l'existence et les coordonnées du médiateur compétent, lorsqu'il existe.

Médiation

Si le désaccord persiste après épuisement des modalités mises en place par Sogessur ou à l'issue d'un délai de deux mois, vous pouvez saisir par voie postale ou via le formulaire en ligne, le Médiateur de l'Assurance dont les coordonnées sont les suivantes :

Médiation de l'Assurance

TSA 50110

75441 Paris Cedex 09

Le Médiateur est une personnalité extérieure à Sogessur qui exerce sa mission en toute indépendance. Ce recours est gratuit. Pour rendre ses conclusions, il a libre accès au dossier. Après réception du dossier complet, le Médiateur de l'Assurance rend un avis motivé dans les 90 jours au vu des pièces qui lui ont été communiquées.

Son avis ne lie pas les parties qui conservent le droit de saisir les tribunaux.

La procédure de recours au Médiateur, le formulaire en ligne et la « Charte de la Médiation de l'Assurance » sont consultables sur le site internet <http://www.mediation-assurance.org>

Protection des données personnelles

Ce paragraphe a pour objectif de vous informer de la manière dont vos informations personnelles sont collectées et traitées par la société Sogessur, entité du Groupe Sogecap (ci-après dénommée « Nous »), en tant que responsable de traitement. Le groupe Sogecap a nommé un délégué à la protection des données personnelles joignable aux coordonnées suivantes : dpo.assurances@socgen.com ou Groupe Sogecap - Délégué à la Protection des données - 17 bis place des Reflets - 92919 Paris La Défense Cedex.

Toutes les données sont obligatoires sauf mention particulière figurant dans votre documentation.

Pourquoi collectons-nous vos données personnelles ?

Dans le cadre de l'exécution de votre contrat, les données personnelles que nous collectons sont nécessaires à :

- votre identification, l'identification des assurés et des bénéficiaires,
- l'étude de vos besoins spécifiques afin de proposer des contrats adaptés,
- l'examen, l'acceptation, la tarification, la surveillance des risques,
- la réalisation de toute opération nécessaire à l'exécution et la gestion des contrats et des éventuels sinistres,
- la gestion des impayés et leur recouvrement,
- la gestion des recours, des réclamations et des contentieux,
- la gestion des demandes liées à l'exercice des droits indiqués au paragraphe « quels sont vos droits ? »,
- la réalisation d'études actuarielles et statistiques.

Vos données sont également traitées pour répondre aux dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur telles que la lutte contre le blanchiment.

Pour vous apporter les meilleurs services et continuer de les améliorer, nous traitons vos données dans le cadre de :

- la mise en place d'actions de prévention,
- la gestion de notre relation commerciale afin de réaliser des animations commerciales telles que des actions de fidélisation, des enquêtes de satisfaction, des sondages, des tests produits ou des jeux concours.

Dans notre intérêt légitime, nous utilisons également vos données pour vous proposer des offres commerciales pour des produits et services du groupe Sogecap analogues ou complémentaires à ceux souscrits, personnalisés selon vos besoins, ainsi que celles de nos partenaires. Vous pouvez vous y opposer à tout moment ou modifier vos choix (cf. article « quels sont vos droits ? »).

Afin de préserver la mutualité de nos assurés, nous mettons en œuvre un traitement de lutte contre la fraude à l'assurance pouvant conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude. Cette inscription pourra entraîner une réduction ou le refus du bénéfice d'un droit, d'une prestation, d'un contrat ou service proposés par les entités du Groupe Sogecap.

Qui peut accéder à vos données ?

Vos données personnelles sont destinées, dans la limite de leurs attributions, à nos services en charge de la gestion commerciale ou de la gestion et exécution des contrats et de chacune de vos garanties, à nos délégués de gestion, intermédiaires en assurance, partenaires, mandataires, sous-traitants, ou aux autres entités du Groupe Sogecap dans le cadre de l'exercice de leurs missions.

Elles peuvent également être transmises, s'il y a lieu, aux organismes d'assurance des personnes impliquées ou offrant des prestations complémentaires, co-assureurs, réassureurs, organismes professionnels et fonds de garanties, ainsi qu'à toutes personnes intervenant au contrat tels qu'avocats, experts, auxiliaires de justice et officiers ministériels, curateurs, tuteurs, enquêteurs, professionnels de santé, aux organismes sociaux lorsqu'ils interviennent dans le règlement des sinistres et prestations. Des informations vous concernant peuvent également être transmises à toutes personnes intéressées au contrat (souscripteur, assuré, adhérent et bénéficiaire du contrat, et leurs ayants droits et représentants, aux bénéficiaires d'une cession ou d'une subrogation des droits relatifs au contrat ; et s'il y a lieu aux responsables, aux victimes et leurs mandataires, aux témoins et tiers intéressés à l'exécution du contrat), ainsi qu'à toutes personnes habilitées au titre de Tiers Autorisés notamment les juridictions, arbitres, médiateurs, autorités de tutelle et de contrôle et tous organismes publics habilités à les recevoir ainsi qu'aux services en charge du contrôle tels les commissaires aux comptes, auditeurs ainsi que services en charge du contrôle interne.

Les données de santé que nous pouvons être amenés à traiter sont destinées à notre Médecin conseil, à son service médical travaillant au sein d'une bulle de confidentialité, ou aux personnes internes ou externes habilitées spécifiquement (notamment nos délégués ou experts médicaux et, le cas échéant, nos réassureurs). Ces informations peuvent également être utilisées au titre de la lutte contre la fraude par des personnes habilitées.

Dans quels cas transférons-nous vos données hors de l'Union européenne ?

Les données nécessaires à l'exécution de votre contrat peuvent être transférées dans le cadre de l'exécution des contrats, de la gestion des actions ou contentieux liés à l'activité de l'entreprise vers des pays non-membres de l'Espace Économique Européen, dont les législations en matière de protection à caractère personnel diffèrent de celles de l'Union Européenne.

Par ailleurs, en raison notamment de la dimension internationale du Groupe Société Générale auquel appartient le responsable de traitement et des mesures prises pour assurer l'utilisation et la sécurité des réseaux informatiques, les traitements visés au paragraphe « pourquoi collectons-nous vos données ? » sont susceptibles d'impliquer des transferts de données à caractère personnel vers des pays non membres de l'Espace Économique Européen.

Dans ces cas, les transferts de vos données bénéficient d'un cadre précis et exigeant (clauses contractuelles types, décision d'adéquation accessibles sur le site de la CNIL « transférer des données hors UE »), conforme aux modèles adoptés par la Commission européenne, ainsi que des mesures de sécurité appropriées.

Combien de temps sont conservées vos données personnelles ?

Sauf précision apportée dans vos Conditions Particulières, vos données à caractère personnel sont conservées, le temps de la relation commerciale ou contractuelle, et au maximum jusqu'à expiration des délais de prescriptions légaux.

Quels sont vos droits ?

Vous disposez d'un droit :

- d'accès (possibilité de demander si et quelles informations nous détenons sur vous),
- de rectification (possibilité de demander la rectification des informations inexactes vous concernant),
- d'effacement (possibilité de demander la suppression de vos données dès lors que certaines conditions sont remplies),
- de limitation du traitement,
- à la portabilité de vos données.

Vous pouvez également :

- définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de vos données à caractère personnel après votre décès,
- retirer votre consentement si le traitement de vos données repose uniquement sur celui-ci, étant entendu que ce retrait peuvent entraîner l'impossibilité pour Sogessur de fournir ou d'exécuter le produit ou le service demandé ou souscrit.

Vous bénéficiez du droit de vous opposer :

- pour des raisons tenant à votre situation particulière, à ce que des données à caractère personnel vous concernant fassent l'objet du traitement que nous mettons en œuvre. Dans cette hypothèse, le caractère particulier de votre situation devra être clairement argumenté,
- sans avoir à motiver votre demande, à ce que vos données soient utilisées ou transmises à des tiers à des fins de prospection commerciale,
- à des opérations de prospection par téléphone en vous inscrivant sur la liste d'opposition selon les modalités décrites sur le site www.bloctel.gouv.fr ou par courrier, à l'adresse suivante : Société WORLDLINE, Service Bloctel, CS 61311, 41013 BLOIS CEDEX. Vous ne pourrez plus être démarché téléphoniquement par Sogessur ou l'un de ses partenaires sauf en cas de relations contractuelles pré-existantes.

Ces droits peuvent être exercés, en justifiant de votre identité.

Par lettre simple à l'adresse suivante :

Sogessur - Direction de la Conformité

Service Protection des données

17 bis place des Reflets

92919 Paris la Défense Cedex

ou depuis le formulaire en ligne disponible depuis le site
<https://www.assurances.societegenerale.com>.

Afin de permettre un traitement efficace de votre demande, nous vous remercions d'indiquer clairement le droit que vous souhaitez exercer ainsi que tout élément facilitant votre identification (numéro d'assuré/d'adhérent, numéro de contrat).

Vous avez également le droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 Paris Cedex 07.

Pour mieux connaître les traitements mis en œuvre par le Groupe Sogecap, retrouvez sa politique de protection des données accessible à l'adresse suivante :

<https://www.assurances.societegenerale.com>

Dispositions spécifiques aux enregistrements téléphoniques

Sogessur procédera à l'enregistrement des conversations et de vos échanges avec le ou les collaborateurs de Sogessur assurant la gestion des contrats, des sinistres et des réclamations quel que soit le support (emails, fax, entretiens téléphoniques, etc.) aux fins de preuve du contenu de ces échanges ainsi qu'aux fins d'amélioration de la qualité de service.

Les enregistrements téléphoniques sont conservés au maximum 2 ans à partir de leur réalisation dans des conditions propres à en assurer la sécurité et la confidentialité. Il est expressément convenu que les enregistrements des échanges téléphoniques et les enregistrements informatiques ou leur reproduction sur un quelconque support font foi entre les parties sauf pour chacune d'elles à apporter la preuve contraire.

Si vous souhaitez écouter l'enregistrement d'un entretien, vous pouvez en faire la demande par courrier adressé à :

Sogessur

Monsieur Le Directeur de la Relation Client

TSA 91102

92894 Nanterre Cedex 9

CONDITIONS GÉNÉRALES



QUELQUES DÉFINITIONS

Pour l'application du contrat, nous entendons par :

■ Accident

Tout événement soudain et imprévu, dû à des causes extérieures à la victime et constituant la cause du dommage.

■ Acte médical

Ce sont les actes chirurgicaux, de prévention, de diagnostic, d'exploration, de traitements pratiqués par des médecins et auxiliaires médicaux visés dans la Quatrième partie 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. Ces actes doivent être assimilés à ceux référencés dans la nomenclature générale des actes professionnels.

■ Année d'assurance

Pour la première année, il s'agit de la période comprise entre la date de prise d'effet du contrat et la première échéance principale du contrat. Pour les années suivantes, c'est la période comprise entre deux échéances principales.

■ AIPP

Atteinte(s) permanente(s) à l'Intégrité Physique et Psychique persistante(s) au moment de la consolidation.

■ Ayants droit

Pour la formule Sérénité, les personnes physiques justifiant avoir subi un préjudice moral ou économique direct du fait du décès d'un assuré, à l'exception des personnes ayant causé volontairement les dommages à la victime.

■ Bénéficiaire

Pour la formule Essentielle, en cas de décès de la victime assurée, le conjoint non séparé de corps, le concubin(e) ou le partenaire dans le cadre du Pacte Civil de Solidarité ou à défaut ses descendants vivants ou représentés par parts égales entre eux, ou à défaut ses ascendants vivants par parts égales entre eux, ou à défaut ses collatéraux par parts égales entre eux.

■ Consolidation (date de)

Date à partir de laquelle l'état physiologique et psychique de la victime consécutif à l'accident s'est stabilisé et n'est plus susceptible d'évoluer de façon notable.

■ Droit commun

Ensemble des règles juridiques définies par la Loi et la jurisprudence et s'appliquant à tous. L'évaluation en droit commun des dommages et préjudices tient compte à la fois des séquelles consécutives au sinistre et de la situation particulière de chaque victime.

■ Échéance principale

Date à laquelle votre contrat se renouvelle par tacite reconduction et débute une nouvelle année d'assurance. Cette date est indiquée aux Conditions Particulières et sur l'avis d'échéance.

■ Garantie forfaitaire

Elle permet le versement d'une somme fixée à l'avance lors de la souscription du contrat, à la suite d'un sinistre.

■ Garantie indemnitaire

Elle permet le versement d'une somme correspondant à la réparation des préjudices subis par l'assuré fixée en fonction des règles du droit commun.

■ Maladie

Altération de l'état de santé médicalement constatée et qui n'est pas considérée comme un accident.

■ Nous

Sogessur.

■ Qualification médicale (préjudice esthétique et souffrances endurées)

Le médecin, diplômé de la réparation du dommage corporel, détermine l'existence, la nature et l'importance du dommage qui est évalué selon l'échelle de droit commun graduée de 0 à 7 (nul à très important).

■ Seuil d'intervention

Il correspond au taux minimum d'Atteinte à l'Intégrité Physique et Psychique (AIPP) résultant d'un accident garanti à partir duquel nous intervenons et prenons en charge l'indemnisation de la ou des victimes selon les modalités prévues au contrat.

■ Souscripteur

Personne physique qui a demandé l'établissement du contrat, qui a signé les Conditions Particulières et s'est engagée notamment à en payer les cotisations.

■ Souscription à distance

Constitue une souscription d'un contrat d'assurance à distance, la fourniture d'assurance auprès d'un souscripteur, personne physique, qui agit en dehors de toute activité commerciale ou professionnelle, dans le cadre d'un système de vente ou de prestation de services à distance organisé par l'assureur ou l'intermédiaire d'assurance qui, pour ce contrat, utilise exclusivement des techniques de communication à distance jusqu'à, y compris, la conclusion du contrat.

■ Tiers payeurs, organismes sociaux et de prévoyance

Ce sont les organismes, qui, à la suite de l'accident en cause, interviennent dans le versement de prestations à caractère indemnitaire.

■ Vous

Désigne les personnes assurées.

LES PERSONNES ASSURÉES

Ceux qui sont assurés

- Vous-même, en tant que souscripteur ;
- Votre conjoint(e) non séparé(e) de corps ou de fait, votre concubin(e), ou votre partenaire dans le cadre d'un Pacte civil de solidarité ;
- Vos enfants, légitimes, naturels ou adoptifs, n'ayant jamais établi de déclaration de revenus autonome ;

• Les enfants de votre conjoint, concubin ou partenaire dans le cadre d'un Pacte civil de solidarité, légitimes, naturels ou adoptifs, n'ayant jamais établi de déclaration de revenus autonome.

Les enfants mentionnés ci-dessus sont assurés jusqu'à l'établissement d'une déclaration de revenus autonome.

Les personnes assurées sont désignées par « vous » dans l'ensemble du texte qui suit.

LES ÉVÉNEMENTS GARANTIS

IMPORTANT

Ce contrat ne couvre pas les dépenses de santé, les dommages aux lunettes, appareils auditifs et dentaires et les dommages matériels consécutifs à un accident garanti.

Il prend en charge les événements listés ci dessous en fonction de la formule souscrite, dans les conditions prévues aux paragraphes « ce qui est indemnisable ».

Ce qui est garanti

Quelle que soit la formule souscrite

■ **Les accidents de la vie privée**, c'est à dire ceux résultant d'un événement soudain et imprévu dû à des causes qui vous sont extérieures et constituant la cause du dommage, y compris les accidents de trajet non pris en charge par les organismes sociaux.

■ **Les accidents médicaux**, c'est-à-dire ceux résultant d'un acte ou d'un ensemble d'actes de caractère médical, ayant eu sur vous des conséquences dommageables pour votre santé, anormales et indépendantes de l'évolution de l'affection dont vous étiez atteint et de votre état antérieur.

Sont également prises en charge les conséquences que vous subissez à la suite d'une infection nosocomiale.

Une infection est dite nosocomiale si elle a été contractée par vous pendant un séjour hospitalier et qu'elle n'était ni présente ni en incubation dans votre organisme au moment de l'admission.

Condition de mise en œuvre de la garantie des accidents médicaux

La garantie des accidents médicaux est acquise si le fait générateur du dommage est postérieur au 01/01/2000 et la première manifestation du dommage corporel intervient entre la date de la prise d'effet du contrat et la date d'effet de sa résiliation.

■ Les accidents dus à des attentats ou à des infractions

- résultant de faits volontaires ou non, auxquels vous n'avez pas pris part et qui présentent le caractère matériel d'une action ou d'une omission définie et punie par le code pénal ;
- résultant de faits auxquels vous avez pris part lorsque votre participation constitue un cas de légitime défense ou d'assistance à personne en danger.

■ Les accidents dus à des catastrophes naturelles ou technologiques

c'est-à-dire les accidents que vous subissez à la suite d'un phénomène naturel d'une intensité exceptionnelle ou d'un événement accidentel imputable à une installation technologique défaillante (pollution, transports collectifs, effondrement d'ouvrage d'art, etc.) et qualifié de catastrophe naturelle ou technologique par arrêté interministériel.

Uniquement pour la formule Sérénité

■ Les accidents de circulation survenus dans le cadre de votre vie privée, en qualité de piéton et de cycliste impliquant un véhicule terrestre à moteur.

CE QUI EST EXCLU

- **Les dommages subis à l'occasion d'activités professionnelles ou de fonctions publiques, électives ou syndicales ;**
- **Les dommages subis à l'occasion d'accidents de trajets pris en charge par les organismes sociaux au titre du régime de l'accident de travail ;**
- **Les dommages résultant d'un accident de la circulation dans lequel est impliqué un véhicule terrestre à moteur, ses remorques ou semi-remorques, autres que les véhicules ferroviaires et les tramways circulant sur des voies qui leur sont propres, à l'exception du cas prévu par la formule Sérénité pour les piétons et les cyclistes ;**
- **Les dommages causés par des maladies (comme les affections cardio-vasculaires et vasculaires-cérébrales, affections tendineuses et musculaires, pathologies disco-vertébrales et rhumatismales, hernies de toutes natures), n'ayant pas pour origine un accident garanti ;**
- **Les conséquences de tout dommage que vous vous êtes causé intentionnellement ;**
- **Les dommages résultant de votre participation à un crime, à un délit intentionnel ou à une rixe sauf cas de légitime défense ou d'assistance à personne en danger ;**
- **Les dommages provenant d'une guerre civile ou étrangère ;**

■ **Les dommages dus aux effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de transmutation de noyaux d'atomes ou de la radioactivité, ainsi que ceux dus aux effets de radiations provoqués par l'accélération artificielle de particules ;**

■ **Les dommages résultant des expérimentations biomédicales ;**

■ **Les dommages résultant d'un accident dont le fait générateur est antérieur à la date de prise d'effet du contrat ou postérieur à sa résiliation. Néanmoins, ceux relevant d'un accident médical sont pris en charge si la première manifestation est intervenue entre le jour de la prise d'effet du contrat et sa résiliation, pendant la période de validité de la garantie, pour tout accident médical dont le fait générateur est postérieur au 01/01/2000 ;**

■ **Les atteintes corporelles survenues alors que l'assuré est sous l'emprise :**

- d'un état alcoolique qui est caractérisé par la présence de 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,
- de médicaments, de stupéfiants, non prescrits médicalement.

.../..

CE QUI EST EXCLU SUITE

Les exclusions supplémentaires pour la formule Essentielle

Outre les exclusions communes mentionnées page 11 :

- les accidents médicaux relevant des critères d'intervention de l'ONIAM (Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux). Néanmoins, dans ce cas, les forfaits arrêt de travail et hospitalisation restent garantis lorsque les conditions de prise en charge de ces préjudices sont remplies ;

- les dommages résultant d'une maladie ayant une origine accidentelle de type piqûres ou morsures y compris en contexte épidémique ;

LA FORMULE ESSENTIELLE

DANS LE TEXTE QUI SUIT, LA LÉGENDE EST LA SUIVANTE :  GARANTIE FORFAITAIRE

Tableau de synthèse

LES ÉVÉNEMENTS GARANTIS	
<ul style="list-style-type: none">- Accidents de la vie privée- Accidents médicaux- Accidents dus à des attentats, infractions ou agressions- Accidents dus à des catastrophes naturelles ou technologiques	
LES GARANTIES	
AIPP inférieure à 10 %	Versement d'un capital pour le préjudice esthétique définitif si la qualification médicale atteint 2 sur 7 pour les blessures au visage et 3 sur 7 dans les autres cas.
AIPP supérieure ou égale à 10 %	Versement d'un capital pour : <ul style="list-style-type: none">- L'AIPP ;- Le préjudice esthétique définitif.
Décès	Versement d'un capital forfaitaire.
LES AUTRES PRÉJUDICES INDEMNISABLES	
Forfait hospitalisation	Indemnité forfaitaire de 30 euros par nuit d'hospitalisation, à compter de la deuxième nuit, dans la limite de 30 nuits.
Forfait arrêt de travail	Indemnité forfaitaire de 30 euros par jour en cas d'arrêt de travail de plus de 24 heures, consécutif à un accident garanti ayant entraîné une nuit d'hospitalisation. Versement dans la limite de 60 jours.

Cette formule est détaillée ci-après.

CE QUI EST INDEMNISABLE

La prise en charge des garanties listées ci-dessous est définie dans le tableau de synthèse page 12.

En cas de blessures

■ En cas d'accident garanti, lorsque le taux d'atteinte à l'intégrité physique et psychique (AIPP), après consolidation de l'assuré est inférieur à 10%, votre formule Essentielle prévoit :

- une indemnisation forfaitaire du préjudice esthétique définitif qui correspond à la persistance d'une disgrâce physique chez la victime à la suite de l'accident, lorsque la qualification de ce préjudice atteint :
 - pour le visage, un niveau de 2 sur l'échelle de droit commun graduée de 0 à 7 ;
 - dans les autres cas, un niveau de 3 sur cette même échelle.

Cette indemnisation est déterminée en multipliant le niveau de qualification médicale de ce préjudice, par la valeur de référence de 500 euros, dans la limite du plafond de 1 500 euros.

■ En cas d'accident garanti, lorsque le taux d'atteinte à l'intégrité physique et psychique (AIPP), après consolidation de l'assuré, est supérieur ou égal à 10%, votre formule Essentielle prévoit :

- un capital forfaitaire calculé en fonction du taux d'atteinte à l'intégrité physique et psychique.

Ce capital est défini en multipliant le taux d'atteinte à l'intégrité physique et psychique par le capital de référence de 350 000 euros.

Exemple :

Un assuré se fait accidentellement happé sa main droite par une lame d'une tondeuse à gazon toujours en rotation.

Le taux d'AIPP fixé par un médecin expert diplômé de la réparation du préjudice corporel à la suite de l'accident est de 20 %.

Le capital versé sera de : $20\% \times 350\,000 \text{ euros} = 70\,000 \text{ euros}$.

- une indemnisation forfaitaire du préjudice esthétique définitif tel que défini précédemment, quel que soit le niveau de qualification de ce préjudice.

Cette indemnisation est déterminée en multipliant le niveau de la qualification médicale de ce préjudice par la valeur de référence de 500 euros, dans la limite du plafond de 1 500 euros.

En cas de décès

- En cas d'accident garanti, un capital forfaitaire unique de 50 000 euros par victime décédée est versé au(x) bénéficiaire(s) quel(s) que soi(en)t leur nombre.

La répartition de ce capital s'effectue par parts égales entre eux.

MONTANTS D'INDEMNISATION MAXIMUM

L'indemnisation s'effectue dans la limite des plafonds définis contractuellement.

Exemple :

Un assuré âgé de 67 ans décède accidentellement d'une chute du toit de l'habitation en cours de rénovation, en raison d'une tuile glissante.

Il sera versé un capital de 50 000 Euros à son conjoint non séparé de corps.

DISPOSITIONS D'INDEMNISATION SPÉCIFIQUES À LA FORMULE ESSENTIELLE

■ Détermination de l'indemnité

En cas d'accident garanti, l'évaluation des préjudices est déterminée, à partir des bases médicales fixées par un médecin, diplômé de la réparation du dommage corporel, comme précisé dans le paragraphe « Dispositions communes - Expertise médicale ».

■ Complément de l'indemnisation en cas d'aggravation

L'évolution de votre état séquellaire, si elle est en relation directe et certaine avec l'accident et de nature à modifier les conclusions médicales qui ont servi de base à l'indemnisation initiale, ouvre droit à un complément d'indemnisation.

Dans le cas où le taux d'AIPP était inférieur au seuil de déclenchement de la garantie, mais qu'à la suite de l'aggravation de votre état séquellaire il dépasse ce seuil, vous êtes indemnisé des préjudices contractuellement définis. Si vous avez été indemnisé une première fois car le taux d'AIPP dépassait le seuil de déclenchement, vous recevez un complément égal au différentiel de taux multiplié par le capital de référence de 350 000 euros.

Le cumul des indemnités successives ne peut dépasser le plafond contractuellement garanti.

■ Délais d'indemnisation

Lorsque la garantie est due, l'offre définitive d'indemnisation doit être faite dans un délai de 5 mois suivant la date à laquelle nous avons été informés de la consolidation ou du décès de l'assuré.

Le paiement de l'indemnité définitive est effectué dans les 3 jours suivant l'accord entre les parties ou la notification de la décision judiciaire définitive. S'il y a opposition de la part d'un tiers, ces délais ne courront qu'à partir du jour où cette opposition est levée.

LA FORMULE SÉRÉNITÉ

DANS LE TEXTE QUI SUIT, LA LÉGENDE EST LA SUIVANTE :  GARANTIE FORFAITAIRE

Tableau de synthèse

LES ÉVÉNEMENTS GARANTIS	
<ul style="list-style-type: none">- Accidents de la vie privée- Accidents médicaux- Accidents dus à des attentats, infractions ou agressions- Accidents dus à des catastrophes naturelles ou technologiques- Accidents de circulation en qualité de piéton et de cycliste	
LES GARANTIES	
AIPP inférieure à 1%	<ul style="list-style-type: none">- Le préjudice esthétique permanent si la qualification médicale a atteint 2 sur 7 pour les blessures au visage et 3 sur 7 dans les autres cas ;- Les souffrances endurées si la qualification médicale est supérieure ou égale à 4 sur 7.
AIPP de 1 à 4% inclus	<ul style="list-style-type: none">- Le taux d'AIPP (capital forfaitaire).- Le préjudice esthétique permanent si la qualification médicale a atteint 2 sur 7 pour les blessures au visage et 3 sur 7 dans les autres cas ;- Les souffrances endurées si la qualification médicale est supérieure ou égale à 4 sur 7.
AIPP supérieure ou égale à 5%	<ul style="list-style-type: none">- Le déficit fonctionnel permanent ;- Les pertes de gains professionnels futurs ;- L'assistance permanente par tierce personne ;- Le préjudice esthétique permanent ;- Le préjudice d'agrément ;- Les souffrances endurées ;- Les frais supportés de manière permanente par la victime directe pour adapter son logement et/ou son véhicule à son handicap.
Décès	<ul style="list-style-type: none">- Les frais d'obsèques ;- Le préjudice d'affection ;- La perte de revenus des proches ;- Les frais divers des proches.
LES AUTRES PRÉJUDICES INDEMNISABLES	
Forfait hospitalisation	<ul style="list-style-type: none">- Indemnité forfaitaire de 60 euros par nuit d'hospitalisation, à compter de la deuxième nuit, dans la limite de 60 nuits.
Forfait arrêt de travail	<ul style="list-style-type: none">- Indemnité forfaitaire de 60 euros par jour en cas d'arrêt de travail de plus de 24 heures, consécutif à un accident garanti ayant entraîné une nuit d'hospitalisation. Versement dans la limite de 60 jours.

Cette formule est détaillée ci-après.

CE QUI EST INDEMNISABLE

La prise en charge des garanties listées ci-dessous est définie dans le tableau de synthèse page 14.

En cas de blessures

■ En cas d'accident garanti, lorsque le taux d'atteinte à l'intégrité physique et psychique (AIPP), après consolidation de l'assuré est inférieur à 1%, votre formule Sérénité prévoit :

- une indemnisation du préjudice esthétique permanent qui correspond à l'atteinte physique permanente consécutive à l'accident de nature à altérer l'apparence physique de la victime, lorsque la qualification médicale de ce préjudice atteint :
 - pour le visage, un niveau de 2 sur l'échelle de droit commun graduée de 0 à 7 ;
 - dans les autres cas, un niveau de 3 sur cette même échelle.
- une indemnisation des souffrances endurées lorsque la qualification médicale de ce préjudice atteint un niveau de 4 sur l'échelle de droit commun graduée de 0 à 7.

Ces préjudices sont évalués suivant les règles de droit commun.

■ En cas d'accident garanti, lorsque le taux d'atteinte à l'intégrité physique et psychique (AIPP), après consolidation de l'assuré, est compris entre 1% et 4%, votre formule Sérénité prévoit :

- un capital forfaitaire calculé en fonction du taux d'atteinte à l'intégrité physique et psychique ;

Ce capital est défini en fonction du taux d'atteinte à l'intégrité physique et psychique ainsi qu'il suit :

Taux d'atteinte à l'intégrité physique et psychique	Capital forfaitaire
1%	500 euros
2%	1 000 euros
3%	1 500 euros
4%	2 000 euros

- une indemnisation du préjudice esthétique permanent tel que défini précédemment, lorsque la qualification médicale de ce préjudice atteint :
 - pour le visage, un niveau de 2 sur l'échelle de droit commun graduée de 0 à 7 ;
 - dans les autres cas, un niveau de 3 sur cette même échelle.
- une indemnisation des souffrances endurées lorsque la qualification médicale de ce préjudice atteint un niveau de 4 sur l'échelle de droit commun graduée de 0 à 7.

Ces deux derniers préjudices sont évalués suivant les règles de droit commun.

■ En cas d'accident garanti, lorsque le taux d'atteinte à l'intégrité physique et psychique (AIPP), après consolidation de l'assuré, est supérieur ou égal à 5 %, les préjudices indemnifiables, évalués suivant les règles du droit commun sont :

- le déficit fonctionnel permanent qui correspond à la réduction définitive des capacités intellectuelles, psychosensorielles et physiques dont la victime reste atteinte, après la consolidation de son état de santé ;

Exemple : Une assurée, âgée de 51 ans, chute accidentellement d'une échelle à son domicile, renversée par son chien.

Le taux d'Atteinte à l'Intégrité Physique et Psychique (AIPP) après consolidation, fixé par un médecin expert de la réparation du préjudice corporel est de 10%.

Il sera versé à l'assurée au titre de la garantie Déficit Fonctionnel permanent une indemnité de 13 000 Euros.

Ce montant pourra être complété des autres montants de préjudices retenus par l'expert et prévus au contrat.

Le montant de l'indemnité versé varie selon les caractéristiques de chaque dossier. Votre situation personnelle, le contexte de

l'accident, le taux d'atteinte à l'intégrité physique et psychique sont susceptibles selon les modalités d'application des règles de droit commun, de faire varier le montant de l'indemnisation.

- les pertes de gains professionnels futurs qui correspondent à la perte ou la diminution de vos revenus consécutive à l'atteinte permanente à l'intégrité physique et psychique à laquelle vous êtes désormais confronté dans la sphère professionnelle à la suite de l'accident ;
- l'assistance permanente par tierce personne pour aider la victime dans les actes de la vie quotidienne ;
- le préjudice esthétique permanent, qui correspond à l'atteinte physique permanente consécutive à l'accident, de nature à altérer l'apparence physique de la victime ;
- le préjudice d'agrément, c'est-à-dire l'impossibilité pour la victime de pratiquer régulièrement une activité spécifique sportive ou de loisir ;
- les souffrances endurées par la victime à la suite des blessures corporelles résultant de l'accident ;
- les frais supportés de manière permanente par l'assuré blessé pour adapter son logement et/ou son véhicule à son handicap.

Ces préjudices sont évalués suivant les règles de droit commun.

En cas de décès

■ En cas d'accident garanti, les préjudices indemnifiables des ayants droit sont :

- les frais d'obsèques ;
- la perte de revenus des proches qui correspond à la perte ou diminution de revenus exclusivement liée au décès de la victime pour le conjoint ou son concubin et ses enfants à charge ;
- le préjudice d'affection, défini comme la souffrance morale subie par les proches de la victime ;
- les frais divers des proches, à savoir les frais engagés par les proches de la victime directe à l'occasion de son décès.

Ces préjudices sont évalués suivant les règles de droit commun.

Le montant minimum d'indemnisation est de 50 000 euros par victime décédée quel que soit le nombre d'ayants droit.

MONTANTS D'INDEMNISATION MAXIMUM

L'indemnisation s'effectue pour l'ensemble des préjudices dans la limite de 1 000 000 euros par victime assurée. Elle intervient toujours déduction faite des prestations à caractère indemnitaire versées par les tiers payeurs, organismes sociaux et de prévoyance. Pour les garanties forfaitaires, les plafonds restent applicables.

DISPOSITIONS D'INDEMNISATION SPÉCIFIQUES À LA FORMULE SÉRÉNITÉ

■ Détermination de l'indemnité

En cas d'accident garanti, l'évaluation des préjudices est déterminée, à partir des bases médicales fixées par un médecin, diplômé de la réparation du dommage corporel comme précisé dans le paragraphe « Dispositions communes - Expertise médicale » (page 18) :

- soit par référence aux modalités de règlement définies par le présent contrat lorsque nous intervenons à titre forfaitaire ;
- soit par référence au droit commun lorsque nous intervenons à titre indemnitaire. L'évaluation prend alors en compte le taux d'atteinte à l'intégrité physique et psychique ainsi que votre situation personnelle.

L'indemnisation s'effectue dans la limite des plafonds définis contractuellement pour les garanties forfaitaires et dans la limite du montant maximum de garantie pour l'ensemble des garanties forfaitaires et indemnataires de la formule Sérénité.

■ En cas d'accident garanti, le médecin expert adresse un double du rapport de l'expertise médicale à l'assuré dans les vingt jours suivants l'examen.

■ Complément de l'indemnisation en cas d'aggravation

L'évolution de votre état séquellaire, si elle est en relation directe et certaine avec l'accident et de nature à modifier les conclusions médicales qui ont servi de base à l'indemnisation initiale, ouvre droit à un complément d'indemnisation.

Le cumul des indemnités successives ne peut dépasser le plafond contractuellement garanti.

IMPORTANT :

■ Non cumul des prestations d'atteinte à l'intégrité physique et psychique (AIPP) et décès

Lorsque, postérieurement au versement des indemnités dues au titre de ses séquelles, l'assuré décède des suites de l'accident, les indemnités dues au titre du décès sont versées déduction faite des sommes déjà réglées par Sogessur au titre des postes de préjudices garantis, dans la limite du montant de plafond de garantie. Si les indemnités réglées antérieurement au décès sont supérieures à celles qui auraient été dues au titre du décès, elles restent acquises aux ayants droit.

■ Non cumul des prestations indemnитaires avec d'autres organismes

Les indemnisations effectuées à titre indemnitaire ne se cumulent pas avec les prestations à caractère indemnitaire perçues ou à percevoir par vous-même ou vos ayants droit, des tiers payeurs, organismes sociaux ou de prévoyance au titre des mêmes préjudices.

Vous devez porter ces prestations à la connaissance de Sogessur dès qu'elles sont notifiées par les organismes débiteurs et ont été acceptées par vous ou vos ayants droit.

Elles viennent en déduction de l'indemnité due au titre des préjudices indemnisés par le présent contrat. Sogessur vous verse le complément afin de vous assurer une réparation intégrale, en droit commun, des postes de préjudices indemnisables garantis au titre du présent contrat.

■ Si l'événement garanti est susceptible de donner lieu à recours contre un tiers ou d'entrer dans le champ d'intervention d'un fonds d'indemnisation, nous interviendrons en priorité pour indemniser l'assuré ou ses ayants droit en cas de décès.

■ Délais d'indemnisation

Lorsque la garantie est due, l'offre définitive d'indemnisation doit être faite dans un délai de cinq mois suivant la date à laquelle nous avons été informés de la consolidation ou du décès de l'assuré, sous réserve d'être en possession du montant des prestations perçues ou à percevoir par les tiers payeurs, organismes sociaux ou de prévoyance.

Dans le cas où le médecin ne peut conclure de façon définitive, mais estime que l'atteinte à l'intégrité physique et psychique directement imputable à l'accident atteindra le seuil indiqué sur vos Conditions Particulières, une offre provisionnelle d'indemnisation doit être faite dans le mois suivant la date à laquelle le rapport de l'expertise médicale nous a été communiqué.

Le paiement de l'indemnité provisionnelle doit intervenir dans un délai d'un mois à partir de l'acceptation de l'offre. Le paiement de l'indemnité définitive est effectué dans les 3 jours suivant l'accord entre les parties ou la notification de la décision judiciaire définitive. S'il y a opposition de la part d'un tiers, ces délais ne courront qu'à partir du jour où cette opposition est levée.

AUTRES PRÉJUDICES INDEMNISABLES

(toutes formules)

Quel que soit le taux d'atteinte à l'intégrité physique et psychique (AIPP) et quelle que soit la formule souscrite, vous bénéficiez aussi des garanties suivantes :

- Une indemnité forfaitaire à compter de la deuxième nuit d'hospitalisation, à la suite d'un accident garanti, dans la limite du nombre de nuits définis dans le tableau ci-dessous.

L'indemnité n'est pas versée dans le cas de séjours dans les établissements hospitaliers suivants :

- en unité psychiatrique ;
- en centre de rééducation ou de réadaptation ;
- en instituts médicaux pédagogiques ;
- en établissements thermaux, climatiques et de cures ;
- en maison de repos, de plein air, de convalescence, de retraite, en hospice et en service de gérontologie ;
- en établissement ou service destiné à l'hébergement de personnes n'ayant plus leur autonomie de vie (centres de longs séjours).

Le versement de cette indemnité forfaitaire est étendu à vos petits-enfants âgés de moins de 15 ans lorsqu'ils sont hospitalisés pour une durée supérieure ou égale à 2 nuits consécutives, à la suite d'un événement garanti par le présent contrat survenu en votre présence, en France métropolitaine. En cas de sinistre, vous devrez établir la preuve de cette filiation ainsi que celle de votre présence au moment de l'accident.

- Une indemnité forfaitaire en cas d'arrêt de travail de plus de 24h, consécutif à un accident garanti, ayant entraîné une nuit d'hospitalisation, dans la limite du nombre de jours défini dans le tableau ci-dessous. Pour en bénéficier, vous devez pouvoir justifier d'une activité professionnelle effective la veille du sinistre matérialisée par un contrat à durée indéterminée, contrat à durée déterminé, contrat d'alternance ou stage rémunéré.

Tableau récapitulatif

PRÉJUDICES	FORMULE ESSENTIELLE	FORMULE SÉRÉNITÉ
Forfait hospitalisation	Indemnité forfaitaire de 30 euros par nuit d'hospitalisation, à compter de la deuxième nuit, dans la limite de 30 nuits.	Indemnité forfaitaire de 60 euros par nuit d'hospitalisation, à compter de la deuxième nuit, dans la limite de 60 nuits.
Forfait arrêt de travail	Si vous exercez une activité professionnelle, une indemnité forfaitaire de 30 euros par jour, en cas d'arrêt de travail de plus de 24 heures, consécutif à un accident garanti ayant entraîné une nuit d'hospitalisation. Versement dans la limite de 60 jours.	Si vous exercez une activité professionnelle, une indemnité forfaitaire de 60 euros par jour, en cas d'arrêt de travail de plus de 24 heures, consécutif à un accident garanti ayant entraîné une nuit d'hospitalisation. Versement dans la limite de 60 jours.

LES DISPOSITIONS EN CAS DE SINISTRE

Que devez-vous faire en cas de sinistre ?

Pour déclarer votre sinistre :

Appelez Allô Sinistres au

 N°Cristal 0 969 327 326

APPEL NON SURTAXÉ

Lundi et mardi de 8h30 à 18h, mercredi, jeudi et vendredi de 9h à 18h, samedi de 9h à 13h et de 14h à 17h.

Nous vous aiderons à formuler votre déclaration de sinistre et prendrons ensemble, chaque fois que cela sera nécessaire, les premières mesures indispensables.

Vous pouvez également nous faire votre déclaration de sinistre par écrit.

En respectant les délais et formalités indiqués ci-dessous, vous nous adresserez l'ensemble des pièces de votre dossier à :

SOGESSUR - Service Indemnisation
TSA 91102
92894 Nanterre Cedex 9

En cas d'urgence,appelez :

Mondial Assistance - 24h/24, 7j/7

- Depuis la France : 01 40 25 50 01* (Appel non surtaxé)
- Depuis l'étranger : +33 1 40 25 50 01*

■ Accès sourds et malentendants :

<https://accessibilite.votreassistance.fr> (24h/24)

Lors de vos appels aux services de Mondial Assistance, pensez à vous munir de votre numéro de contrat et de vos références personnelles. Ces éléments, que vous trouverez sur vos Conditions Particulières, vous seront demandés.

Mondial Assistance vous fournira l'aide d'urgence et les prestations décrites dans la Convention d'Assistance page 24.

ATTENTION :

• Si le sinistre n'est pas déclaré dans les délais prévus, sauf cas fortuit ou de force majeure, il y a déchéance de droit à indemnité, si nous établissons que ce retard nous a causé un préjudice.

• Vous perdez également tout droit à garantie si vous faites, en connaissance de cause, de fausses déclarations sur la nature, les causes, les circonstances ou les conséquences d'un sinistre.

Par ailleurs, la garantie est sans effet lorsqu'une interdiction de fournir un contrat ou un service d'assurance s'impose à l'assureur du fait de sanctions, restrictions ou prohibitions prévues par les lois ou règlements.

En cas de mesure de gel des avoirs vous concernant, votre indemnisation ne pourra intervenir qu'après autorisation spécifique de l'Administration fiscale française.

Dispositions communes

■ Droit applicable

Le droit applicable est le droit français. Il s'applique tant pour interpréter les clauses contractuelles que pour définir les modalités d'indemnisation des victimes.

En cas de sinistre survenant hors du territoire français, l'évaluation et l'indemnisation de vos préjudices seront toujours effectués selon les règles du droit commun français de votre lieu de résidence en France métropolitaine.

■ Délais de déclaration de sinistre et premières formalités

Le délai de déclaration de sinistre est de 5 jours ouvrés au plus tard après sa survenance.

Lors de votre déclaration de sinistre ou, en cas d'impossibilité, dans une déclaration ultérieure faite dans le plus bref délai, vous devez indiquer :

- la date et les circonstances de l'accident ;
- ses causes connues ou présumées ;

- l'identité des victimes ;
- le lieu où elles se trouvent ;
- la description de leurs blessures.

En cas d'accident résultant d'un attentat ou d'une infraction, une plainte doit être déposée dans les 5 jours également auprès des autorités de police.

Cette plainte ne doit pas, sous peine de déchéance, être retirée sans notre accord.

■ Vous devez nous fournir tout document permettant :

- d'établir les circonstances détaillées dans lesquelles l'événement, à l'origine de vos blessures ou du décès de l'assuré, s'est produit ;
- de connaître la nature exacte des conséquences (blessures, décès) découlant de cet événement ainsi que leur évolution médicale ;
- d'établir et de chiffrer le montant de l'indemnité au titre de tous les postes de préjudice garantis respectivement par chacune des formules.

■ Expertise médicale

Le taux d'atteinte à l'intégrité physique et psychique subsistant après consolidation des blessures est fixé par un médecin, diplômé de la réparation du dommage corporel, désigné par Sogessur.

Ce médecin se réfère au « barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun », publié par la revue « le Concours Médical », à la dernière édition parue lors de la date de l'expertise médicale.

Le cas échéant, il qualifie, après consolidation, l'ensemble des postes prévus contractuellement.

Lors de l'expertise, vous pouvez vous faire assister à vos frais d'un médecin de votre choix.

Vous devez vous soumettre aux examens médicaux requis dans le cadre de l'expertise médicale, sous peine de voir les effets du contrat être suspendus à votre égard.

À cette occasion, vous devez déclarer au médecin expert tout accident et maladie antérieurs vous ayant laissé un déficit fonctionnel permanent ou un préjudice contractuellement garanti par le présent contrat.

■ En cas de désaccord sur les conclusions médicales

En cas de désaccord sur les conclusions médicales, si vous contestez par écrit la décision de l'expert nommé par l'Assureur, vous pouvez faire effectuer une contre-expertise, à vos propres frais, par le médecin de votre choix et en communiquer les conclusions au Médecin Conseil de l'Assureur sous pli confidentiel. Si un désaccord subsiste, une tierce expertise à frais communs devra intervenir. Les deux experts désigneront d'un commun accord, un 3^{ème} médecin expert pour les départager, et à défaut d'entente, la désignation sera faite, à la requête de la partie la plus diligente, par le président du Tribunal Judiciaire de votre domicile. Chaque partie réglera les honoraires de son médecin, et supportera, chacune pour moitié, ceux du 3^{ème} médecin ainsi que tous les frais relatifs à sa nomination.

■ Subrogation

L'assureur qui a payé l'indemnité d'assurance est subrogé, jusqu'à concurrence de cette indemnité, dans les droits et actions de l'assuré ou du bénéficiaire contre les tiers qui, par leur fait ont causé le dommage ayant donné lieu au versement d'indemnités par la société d'assurance.

■ Assurances cumulatives

Si plusieurs assurances indemnitaires se trouvent souscrites pour les accidents couverts par le présent contrat, vous pouvez obtenir l'indemnisation de vos dommages en vous adressant à l'assureur de votre choix dans la limite des garanties prévues par le contrat.

* Pour les tarifs, se reporter page 4.

LA VIE DE VOTRE CONTRAT

Loi applicable et langue utilisée

Les relations précontractuelles et contractuelles entre vous et nous sont régies par le droit français. Nous utiliserons la langue française pour tous nos échanges contractuels pendant toute la durée du contrat.

Durée de votre contrat

Sous réserve des dispositions relatives aux modalités de souscription, votre contrat est conclu pour une année d'assurance et se renouvelle automatiquement d'année en année tant qu'il n'y est pas mis fin par vous ou par nous.

Date de souscription de votre contrat

- **Dans le cadre d'une souscription en agence ou par démarchage à domicile :** à la date de signature de vos Conditions Particulières.
- **Dans le cadre d'une souscription à distance par téléphone sans signature électronique :** à la date de l'enregistrement de l'appel au cours duquel vous donnez votre accord à la souscription du contrat. Cette date figure dans vos Conditions Particulières.
- **Dans le cadre d'une souscription électronique à distance (par téléphone ou par Internet) :** à la date de signature électronique de votre Proposition d'assurance valant Conditions Particulières.

Date de prise d'effet de vos garanties

- **Dans le cadre d'une souscription en agence ou par démarchage à domicile :** aux date et heure indiquées sur vos Conditions Particulières.
- **Dans le cadre d'une souscription à distance par téléphone sans signature électronique :** aux date et heure indiquées sur les Conditions Particulières qui vous sont adressées immédiatement après votre appel téléphonique et au plus tôt à la fin du délai de renonciation de 14 jours calendaires, sauf si vous avez expressément demandé à ce que vos garanties prennent effet avant la fin de ce délai.
- **Dans le cadre d'une souscription électronique à distance (par téléphone ou par Internet) :** aux date et heure de prise d'effet des garanties indiquées sur la lettre de bienvenue qui vous est adressée immédiatement après la signature électronique de vos documents d'assurance et au plus tôt à la fin du délai de renonciation de 14 jours calendaires, sauf si vous avez expressément demandé à ce que vos garanties prennent effet avant la fin de ce délai.

Modalités de souscription

- **Dans le cadre d'une souscription en agence ou par démarchage à domicile :** vous devez remettre un exemplaire signé de vos Conditions Particulières à votre conseiller bancaire lors de la souscription.
- **Dans le cadre d'une souscription à distance par téléphone sans signature électronique :** vous devez nous adresser un exemplaire signé des Conditions Particulières confirmant par écrit votre accord téléphonique dans les 30 jours suivant la prise d'effet de vos garanties.
A défaut, nous nous réservons la faculté de procéder à la résiliation de votre contrat dans les conditions prévues par le Code des assurances.
- **Dans le cadre d'une souscription électronique à distance (par téléphone ou par Internet) :** vous devez signer électroniquement la Proposition d'assurance valant Conditions Particulières qui vous est adressée sous l'Espace de mise à disposition des contrats de votre banque rubrique « Mes Demandes ».

Votre droit de renonciation

• Renonciation au contrat souscrit dans le cadre d'une vente à distance

Dans le cadre d'une souscription à distance par téléphone ou par internet, vous disposez d'un délai de 14 jours calendaires révolus pour renoncer à votre contrat.

Ce délai commence à courir à compter du jour où vous avez reçu les présentes Conditions Générales et vos Conditions Particulières. Le droit de renonciation ne s'applique toutefois pas si le contrat a été exécuté intégralement par les deux parties à votre demande expresse avant que vous n'exerciez votre droit de renonciation.

Si vous exercez votre droit de renonciation alors que vous avez demandé la prise d'effet des garanties du contrat avant l'expiration du délai de 14 jours, vous êtes redébâble du montant de la cotisation précisée dans les Conditions Particulières, au prorata de la période écoulée depuis la prise d'effet des garanties.

Votre contrat sera résilié à la date de la réception de votre lettre. Vous devez notifier votre demande par lettre recommandée avec accusé de réception à l'adresse suivante :

Sogessur
Monsieur le Directeur de la Relation Client
TSA 91102
92894 Nanterre Cedex 9

Cette demande intégrera la phrase suivante : « Je soussigné <votre nom et prénom> exerce mon droit de renonciation prévu par l'article L 112-2-1 du Code des assurances pour mon contrat Assurance des Accidents de la Vie numéro <indiquer les références du contrat figurant sur les Conditions Particulières>, souscrit le <date de souscription du contrat>.

• Renonciation au contrat souscrit dans le cadre d'un démarchage à domicile ou sur le lieu de travail

Si, en tant que personne physique, vous avez fait l'objet d'un démarchage à votre domicile, votre résidence ou votre lieu de travail, même à votre demande, et si vous avez signé dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de votre activité commerciale ou professionnelle, vous avez la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de 14 jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités. Cette disposition n'est pas applicable si vous avez eu connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie de votre contrat.

Vous devez nous notifier votre volonté de renoncer à l'adresse suivante :

Sogessur
Monsieur le Directeur de la Relation Client
TSA 91102
92894 Nanterre Cedex 9

Votre demande intégrera la phrase : Je soussigné <votre nom et prénom> exerce mon droit de renonciation prévu par l'article L 112-9 du Code des assurances pour mon contrat Assurance des Accidents de la Vie <indiquer les références du contrat figurant sur les Conditions Particulières>, souscrit le <date de souscription du contrat>.

Votre contrat sera résilié à compter de la date de réception de votre lettre recommandée.

En cas de renonciation, vous ne pouvez être tenu qu'au paiement de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, cette période étant calculée jusqu'à la date de la résiliation.

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

Convention de preuve de la souscription électronique

Dans le cadre d'une vente à distance par téléphone ou par Internet, vous avez la possibilité de souscrire électroniquement vos contrats d'assurance au moyen de certificats électroniques. Cette possibilité est ouverte aux clients Société Générale titulaires d'un contrat de Banque à distance dans les conditions et limites qui y sont énoncées.

Conformément aux dispositions des conditions générales de Banque à distance, en choisissant de souscrire des contrats d'assurance en ligne, vous acceptez de signer électroniquement plutôt que sur papier. L'ensemble des données informatiques (notamment les éléments de connexion, d'horodatage, les pages et document consultés) générées et enregistrées par les systèmes d'information de Société Générale ainsi que par la Plateforme de signature feront foi entre nous et vous, sauf preuve contraire apportée par vos soins.

Vos déclarations à la souscription du contrat

Votre contrat est établi et votre cotisation calculée d'après vos déclarations. Vous devez répondre exactement aux questions que nous vous posons pour nous permettre d'apprecier les risques.

Vos déclarations sont reproduites dans vos Conditions Particulières et dans les avenants à ces Conditions Particulières.

Vous devez également nous déclarer toute autre assurance souscrite pour des risques garantis par le présent contrat.

Vos déclarations en cours de contrat

Vous devez déclarer les circonstances nouvelles ayant pour conséquence soit d'aggraver les risques, soit d'en créer de nouveaux et rendant de ce fait inexacts ou caduques les réponses que vous nous avez fournies. Cette déclaration doit être faite dans les 15 jours à partir du moment où vous en avez eu connaissance.

- Si le changement que vous nous signalez constitue une aggravation de risque nous pouvons :
 - soit résilier le contrat, la résiliation prenant effet 10 jours après l'envoi de notre lettre recommandée ;
 - soit vous proposer une majoration de la cotisation. Si vous refusez expressément notre proposition ou si vous ne lui donnez pas suite dans un délai de 30 jours, nous pouvons résilier le contrat au terme de ce délai.
- Si le changement que vous nous signalez constitue une diminution de risque, vous avez droit à une réduction de la cotisation. Si nous refusons, vous pouvez résilier le contrat, la résiliation prend effet 30 jours après la dénonciation.
- Vous devez également en cours de contrat, nous déclarer toute autre assurance souscrite pour des risques garantis par le présent contrat.

Pour toute modification, appelez :

Allô Contrats

 N°Cristal 0 969 329 969
APPEL NON SURTAXÉ

Du lundi au vendredi de 9h à 19h et le samedi de 9h à 17h. Ces modifications seront reproduites dans un avenant.

IMPORTANT : EXACTITUDE ET SINCÉRITÉ DES DÉCLARATIONS

En cas d'omission ou de déclaration inexacte à la souscription ou en cours de contrat, nous pouvons conformément au Code des assurances :

- Avant sinistre :
 - soit résilier le contrat ;
 - soit maintenir le contrat moyennant une augmentation de cotisation acceptée par vous. Si vous refusez notre proposition, nous pouvons résilier le contrat.

- Après sinistre, décider d'une réduction de votre indemnité en proportion du taux des cotisations payées par rapport au taux des cotisations qui auraient été dues si les risques avaient été complètement et exactement déclarés ;
En cas de réticence ou de déclaration intentionnellement fausse, à la souscription ou en cours de contrat, nous pouvons vous opposer la nullité de votre contrat.

Votre cotisation en détail

■ Quand doit-elle être payée ?

La cotisation ainsi que les frais, taxes et contributions sur les contrats d'assurances sont payables d'avance, en fonction de la périodicité de prélèvement indiquée aux Conditions Particulières. L'établissement de l'avis d'échéance annuelle, des échéances mensuelles, trimestrielles et semestrielles, la souscription, la modification du contrat, la gestion des impayés ainsi que la suppression d'un risque peuvent donner lieu à la perception de frais accessoires, y compris des frais de gestion.

■ Quelles sont les conséquences du non-paiement ?

À défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation dans les 10 jours de son échéance, indépendamment de notre droit de poursuivre l'exécution du contrat, nous pouvons :

- adresser à votre dernier domicile connu une lettre recommandée valant mise en demeure. Cette mise en demeure fait courir à partir de la date d'envoi (le cachet de la poste faisant foi), un délai de 30 jours au terme duquel le contrat est suspendu puis, à l'issu de ce délai, un nouveau délai de 10 jours au terme duquel, à défaut du paiement des sommes qui nous sont dues, votre contrat sera résilié sans autre avis.

- percevoir des frais d'impayés.

Si la cotisation annuelle est fractionnée, la suspension de garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une fraction de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée, et entraîne de plein droit exigibilité immédiate du total des fractions restant dues.

En cas de paiement complet de la cotisation due et des éventuels frais de poursuite et de recouvrement, le contrat suspendu reprend ses effets le lendemain à midi du jour où nous avons reçu le règlement.

Le contrat non résilié reprend ses effets le lendemain à midi du jour où nous avons reçu le règlement de l'intégralité des sommes dont vous nous êtes redevables.

À défaut de paiement de la cotisation, que son règlement soit global ou fractionné, celle-ci est définitivement due pour la totalité de la période écoulée jusqu'au jour de la résiliation du contrat.

Nous pouvons également exiger toutes les fractions non encore payées de l'année d'assurance.

■ Modification de cotisations, franchises et plafonds de garantie

Nous pouvons être amenés à modifier, à l'échéance principale de votre contrat, le montant de votre cotisation, les franchises et les plafonds de garanties du contrat en cours.

Sauf si la modification résulte d'une modification des taux de taxes, vous avez alors la faculté de demander la résiliation de votre contrat dans le mois où vous avez eu connaissance de la majoration de votre cotisation, de la nouvelle franchise ou des nouveaux plafonds de garanties.

La résiliation prend effet un mois après l'envoi de cette lettre et la cotisation restante due pour la période entre la précédente échéance et la date d'effet de la résiliation est calculée sur la base de votre ancienne cotisation.

La possibilité de mettre fin à votre contrat

Vous pouvez résilier votre contrat :

- Soit par lettre ou tout autre support durable ;
- Soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'assureur ;
- Soit par acte extra-judiciaire ;
- Soit, lorsque l'assureur propose la conclusion de contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication ;
- Soit depuis le formulaire en ligne disponible depuis le site <https://www.assurances.societegenerale.com> ou, le cas échéant, depuis votre espace client particuliers Société Générale.

À des fins de preuve, il est préconisé de résilier par le biais du recommandé. À ce titre, la résiliation par lettre recommandée électronique se fait via l'adresse électronique suivante moncontrat@SGassurances.com et la résiliation par lettre recommandée postale à l'adresse suivante :

SOGESSUR - TSA 91102 - 92894 Nanterre Cedex 9.

Le tableau ci-dessous précise les conditions de résiliation.

Lorsqu'il est mis fin à votre contrat au cours d'une période d'assurance, nous vous remboursons la fraction de cotisation, à l'exclusion des frais de gestion, correspondant à la période d'assurance postérieure à la résiliation, sauf en cas de résiliation pour non-paiement de votre cotisation.

En outre, à compter du 1^{er} juillet 2023, vous pourrez, à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la date de première adhésion à ce contrat, le résilier sans frais ni pénalités. La résiliation prend effet un mois après que nous en ayons reçu notification, par lettre ou tout autre support durable. Dans ce cas, vous n'êtes tenu qu'au paiement de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a été couvert, cette période étant calculée jusqu'à la date d'effet de la résiliation. Nous vous rembourserons le solde de la cotisation déjà acquittée dans un délai de trente jours à compter de la date d'effet de la résiliation. A défaut de remboursement dans ce délai, les sommes dues à l'assuré produisent de plein droit des intérêts au taux légal.

Conditions de résiliation

Motif de la résiliation	Qui peut résilier ?	Quand ?	Date d'effet de la résiliation
Tous motifs	Le souscripteur	À tout moment à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription.	Un mois après que nous en ayons reçu notification, par lettre ou tout autre support durable.
		1 mois avant l'échéance annuelle.	À l'échéance.
		En cas d'envoi de l'avis d'échéance moins de 45 jours avant l'échéance annuelle, dans les 20 jours suivant la date d'envoi de cet avis d'échéance, le cachet de la poste faisant foi.	À l'échéance annuelle si votre demande nous parvient avant cette date.
		En l'absence d'envoi de l'avis d'échéance.	Le lendemain de la date figurant sur le cachet de la poste de la lettre recommandée ou de la date de notification si votre lettre est réceptionnée postérieurement à l'échéance annuelle.
	Nous*	2 mois avant l'échéance annuelle.	À l'échéance annuelle.
Survenance d'un sinistre dans les deux premières années du contrat	Nous	Après un sinistre survenu dans les deux premières années du contrat.	1 mois après l'envoi de notre lettre recommandée.
Changement de domicile, de situation ou de régime matrimonial, de profession, retraite ou cessation d'activité professionnelle	Le souscripteur	Dans les 3 mois qui suivent l'événement.	1 mois après l'envoi de votre demande.
Décès d'un assuré, autre que le souscripteur	Le souscripteur	À tout moment.	Dès réception de la demande.
Décès de l'assuré souscripteur	L'héritier	À tout moment.	Dès réception de la lettre de résiliation.

* Par dérogation à l'article 6 de la loi Evin, nous aurons la possibilité de mettre fin au contrat, sans votre accord, même au-delà de deux ans de garantie.

Conditions de résiliation (suite)

Motif de la résiliation	Qui peut résilier ?	Quand ?	Date d'effet de la résiliation
Augmentation de votre cotisation	Le souscripteur	Dans le mois qui suit la date où vous avez eu connaissance de l'augmentation.	1 mois après la demande du souscripteur.
Résiliation par nous d'un autre de vos contrats après sinistre	Le souscripteur	Dans le mois suivant la notification de la résiliation du contrat sinistré.	1 mois après la demande du souscripteur.
Diminution du risque en cours de contrat	Le souscripteur	Dès que vous avez eu connaissance de notre refus de réduire la cotisation.	1 mois après la demande du souscripteur.
Aggravation du risque en cours de contrat	Nous	Dès que nous en avons connaissance ou 30 jours après la proposition à défaut d'accord.	10 jours après l'envoi de notre lettre recommandée. Au terme du délai de 30 jours.
Non-paiement des cotisations	Nous	Au plus tôt 10 jours après l'échéance.	40 jours suivant l'envoi de la lettre de mise en demeure.
Omission et inexactitude dans la déclaration du risque	Nous	Dès que nous en avons connaissance, mais avant tout sinistre.	10 jours après l'envoi de notre lettre recommandée.
Disparition du risque	Nous	Dès que nous en avons connaissance.	10 jours après l'envoi de notre lettre recommandée.
Retrait de notre agrément	Résiliation de plein droit		Le 40 ^e jour à midi après la publication au JO de la décision de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution prononçant le retrait.

Délai de prescription

Toute action concernant votre contrat et émanant de vous ou de nous, ne peut être exercée que pendant un délai de 2 ans à compter de l'événement à l'origine de cette action.

Toutefois, ce délai ne court :

- 1^o) En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où nous en avons eu connaissance ;
- 2^o) 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.

Dans le cadre de la garantie « Dommages corporels », ce délai est porté à 10 ans lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

Ce délai est interrompu par l'une des causes ordinaires d'interruption de la prescription, conformément au Code civil, constituées par :

- toute reconnaissance par nous de votre droit à garantie, ou toute reconnaissance de dette de votre part envers nous ;
- toute demande en justice, même en référé, et même portée devant une juridiction incompétente ou même lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure. Cette interruption vaut jusqu'à l'extinction de l'instance mais est non avenue en cas de désistement du demandeur, s'il laisse périr l'instance ou si sa demande est définitivement rejetée ;

- toute mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou tout acte d'exécution forcée.

- Il est également interrompu par :
 - la désignation d'experts à la suite d'un sinistre ;
 - l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception ou d'un envoi recommandé électronique adressée par :
 - nous en ce qui concerne l'action en paiement de la prime ;
 - et par vous en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

ASSURANCE ACCIDENTS DE LA VIE

CONVENTION D'ASSISTANCE



Les prestations de la convention d'assistance assurées par

FRAGONARD ASSURANCES

SA au capital de 37 207 660 euros

479 065 351 RCS Bobigny

Entreprise régie par le Code des assurances

Siège social : 7 rue Dora Maar

93400 Saint-Ouen

sont mises œuvre par :

AWP FRANCE SAS

Société par Actions Simplifiée au capital de 7 584 076,86 euros

490 381 753 RCS Bobigny

Siège social : 7 rue Dora Maar

93400 Saint-Ouen

Société de courtage d'assurances

Inscription ORIAS 07 026 669

<https://www.orias.fr/>

sous le contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution

4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.

Ci-dessous désignée sous le nom commercial :

Mondial Assistance.

Comment faire intervenir l'assistance ?

Toute demande de mise en œuvre de l'une des prestations de la présente convention doit obligatoirement être formulée directement par le *Bénéficiaire* ou ses *Proches* auprès de Mondial Assistance aux numéros suivants :

■ Par téléphone :

- Depuis la France : **01 40 25 50 01*** (**Appel non surtaxé**)
- Depuis l'étranger : **+33 1 40 25 50 01**
accessibles 24h/24, 7 j/7, sauf mentions contraires,

■ Par fax : 01 40 25 52 62

■ Accès sourds et malentendants :

<https://accessibilite.votreassistance.fr> (24h/24)

en indiquant :

- le nom de la formule souscrite ;
- le nom et le prénom du *Bénéficiaire* ;
- l'adresse exacte du *Bénéficiaire* ;
- le numéro de téléphone auquel il peut être joint ;
- la prestation souhaitée ;
- le numéro de protocole :
921 531 pour la formule Essentielle,
921 529 pour la formule Sérenité.

Un numéro de dossier d'assistance, à rappeler lors de toute relation avec Mondial Assistance, sera communiqué au *Bénéficiaire*.

LES PRESTATIONS QUI N'ONT PAS ÉTÉ DEMANDÉES PRÉALABLEMENT ET QUI N'ONT PAS ÉTÉ ORGANISÉES PAR MONDIAL ASSISTANCE NE DONNENT PAS DROIT À REMBOURSEMENT NI À INDEMNITÉ COMPENSATOIRE.

Définitions contractuelles

Dans la présente Convention d'Assistance (ci-après, la « Convention »), les termes et expressions qui apparaissent en italique et commençant par une majuscule, auront la signification suivante :

■ Accident

Dommages liés aux :

- *Accidents de la vie privée* ;
- *Accidents médicaux* ;
- *Accidents dus à des agressions* ;
- *Accidents de la circulation* en tant que piéton ou cycliste ;
- *Catastrophes naturelles ou catastrophes technologiques*.

■ Ascendant dépendant

Tout *Ascendant* (parent, beau-parent et grand-parent) fiscalement à charge du *Bénéficiaire*, *dépendant* et vivant sous le toit du *Bénéficiaire* assuré.

La dépendance se caractérise par des restrictions dans la réalisation des activités de la vie quotidienne et sociale, causées notamment par des troubles du comportement et/ou des atteintes physiques. La dépendance suppose une perte d'autonomie liée au grand âge et peut être partielle ou totale.

■ Bénéficiaires

Personnes physiques assurées au titre du contrat Sogessur Accidents de la Vie :

- le *Bénéficiaire* assuré : le *Souscripteur* du contrat Accidents de la Vie ;
- le *Conjoint/Concubin* : le conjoint du *Bénéficiaire* assuré non séparé de corps ou de fait, le concubin, ou le partenaire dans le cadre d'un Pacte Civil de Solidarité ;
- les *Enfants* : les enfants légitimes, naturels ou adoptifs fiscalement à charge (n'ayant jamais établi de déclaration de revenus autonome). Les enfants du conjoint, concubin ou partenaire du *Bénéficiaire* assuré dans le cadre d'un Pacte Civil de Solidarité, légitimes, naturels ou adoptifs, n'ayant jamais établi de déclaration de revenu autonome.

■ Conseiller emploi

Professionnel de l'emploi et de l'orientation qui, chez Mondial Assistance, est chargé du suivi personnalisé des *Bénéficiaires*.

■ Domicile

Lieu habituel de résidence principale du *Bénéficiaire* situé en France métropolitaine (incluant la Corse).

■ Étranger

Monde entier à l'exclusion de la France métropolitaine et des *Pays non couverts*.

Les DOM-ROM (Guadeloupe, Martinique, Guyane, Réunion, Mayotte) sont assimilés à l'*Étranger*.

■ Frais médicaux

Frais pharmaceutiques, chirurgicaux, de consultation et d'*Hospitalisation*, prescrits médicalement, nécessaires au diagnostic et au traitement d'un *Accident*.

■ Hospitalisation

Tout séjour dans un établissement de soins privé ou public, ou tout séjour dans un centre spécialisé (centre de réadaptation, rééducation, etc.), consécutifs à un *Accident*, à l'exclusion des hospitalisations de jour, des hospitalisations à *Domicile*.

Mondial Assistance se réserve le droit de demander un bulletin confirmant l'*Hospitalisation* avant de mettre en œuvre les prestations d'assistance.

■ Immobilisation

Toute incapacité physique à se déplacer ou à effectuer les tâches ménagères habituelles aisément, consécutive à un *Accident*, constatée par un médecin et nécessitant le repos au *Domicile* ou sur place prescrit par un médecin.

Mondial Assistance se réserve le droit de demander un certificat médical ou un arrêt de travail confirmant l'*Immobilisation* avant de mettre en œuvre les prestations d'assistance.

* Pour les tarifs, se reporter page 4

■ Membre de la famille

Conjoint, frère, sœur, Enfant, Petit-enfant ou conjoint d'un des descendants directs du Bénéficiaire.

■ Pays non couverts

Corée du nord. La liste, mise à jour, de l'ensemble des Pays non couverts est disponible sur le site de Mondial Assistance à l'adresse suivante : <http://paysexclus.votreassistance.fr>

■ Petits-enfants

Petits-enfants de moins de 15 ans du Bénéficiaire assuré.

■ Proche

Personne physique résidant en France métropolitaine désignée par le Bénéficiaire lors de la demande d'assistance.

■ Psychologue du réseau

Professionnel qui assure l'entretien d'orientation et les entretiens de soutien psychologique.

■ Séquelles handicapantes lourdes

Réduction des capacités fonctionnelles (physiques, intellectuelles, sensorielles) consécutives à un *Accident* et nécessitant la présence d'une tierce personne pour accomplir les actes essentiels de la vie quotidienne. Elle est constatée médicalement.

■ Transport

Sauf mention contraire, les *Transports* organisés dans le cadre de cette convention s'effectuent par :

- train ;
- avion classe économique ;
- taxi.

Conditions d'exécution des prestations

■ Durée de validité

Les prestations sont accordées exclusivement pendant la durée de validité du contrat d'assurance Sogessur Accidents de la Vie.

■ Événements garantis

Les prestations sont accordées en cas d'*Accident* survenu pendant la durée de validité du contrat Sogessur Accidents de la Vie et pendant la période de validité de l'adhésion au contrat. Les prestations sont accordées quel que soit le taux d'atteinte à l'intégrité physique ou psychique même si l'*Accident* ne donne pas lieu à une incapacité permanente constatée médicalement.

■ Territorialité

Les prestations d'assistance s'appliquent pour des Accidents survenant :

- en France, dans les principautés d'Andorre et Monaco ;
- dans les pays membres de l'Union Européenne, en Suisse, en Islande, au Liechtenstein, à San Marin, au Vatican et en Norvège ;
- dans le reste du monde lors de voyages et de séjours n'excédant pas une durée continue de 3 (trois) mois, à l'exception des *Pays non couverts* ;

pendant la période de validité du contrat.

Certaines prestations peuvent être mises en œuvre pour les étudiants résidant à l'*Étranger* durant leurs études.

Les prestations d'assistance s'appliquent pour une durée maximum de 12 (douze) mois consécutifs. Cette extension n'est valable qu'une seule fois par enfant sur la période de la prise d'effet du contrat à sa résiliation et quelle que soit la durée totale du cursus à l'*Étranger*.

RÉSUMÉ DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE

Formule Essentielle

PRESTATIONS	PRISE EN CHARGE PAR MONDIAL ASSISTANCE PAR ACCIDENT
Accompagnement psychologique	5 heures maximum de consultation en cabinet
Conseil social	
Aide pour une orientation médicale	
Aide-ménagère à <i>Domicile</i>	
Fermeture du <i>Domicile</i> quitté en urgence	
Transport pour visites, analyses et examens médicaux	
Garde au <i>Domicile</i> des <i>Enfants</i> et <i>Petits-enfants</i>	
Transfert des <i>Enfants</i> et <i>Petits-enfants</i> à charge de moins de 15 ans et/ou des <i>Ascendants</i> dépendants au <i>Domicile</i> d'un <i>Proche</i>	
Déplacement d'un <i>Proche</i> au <i>Domicile</i> du <i>Bénéficiaire</i> hospitalisé	
Veille sur les <i>Ascendants</i> dépendants	
Garde au <i>Domicile</i> des <i>Enfants</i> convalescents à charge de moins de 15 ans	
Soutien scolaire des <i>Enfants</i> et <i>Petits-enfants</i> convalescents de moins de 15 ans	
Conduite à l'école et/ou aux activités extra scolaires des <i>Enfants</i> et <i>Petits-enfants</i> de moins de 15 ans	
Transfert du <i>Bénéficiaire</i> hospitalisé au <i>Domicile</i> d'un <i>Proche</i>	
Préparation du retour au <i>Domicile</i>	Enveloppe de services* d'un montant forfaitaire de 450 euros TTC pour un même Accident
Garde des animaux de compagnie	
Livraison de médicaments en urgence	
Portage des repas	
Livraison de courses	
Mise en relation avec un réseau de services à la personne	
Aide à la vie quotidienne	
Aide à la recherche de maisons d'accueil ou établissements spécialisés	
Aide au retour à la vie professionnelle	
Livraison et installation de matériel médical	
Audit de l'habitat	
Assistance à l'aménagement du <i>Domicile</i>	
Plan d'aide	
Téléassistance au <i>Domicile</i>	
Aide au <i>Proche</i> aidant afin de mieux gérer la situation au quotidien	
Aide au retour à l'emploi	

* Voir page suivante.

PRESTATIONS	PRISE EN CHARGE PAR MONDIAL ASSISTANCE PAR ACCIDENT
ASSISTANCE EN CAS D'ACCIDENT LORS D'UN DÉPLACEMENT À L'ÉTRANGER	
Transport sanitaire et/ou rapatriement	Coût de la prestation réalisée par Mondial Assistance
Transport d'une personne accompagnant le <i>Bénéficiaire</i>	Coût du <i>Transport</i> retour
Retour et/ou accompagnement des <i>Enfants</i> de moins de 15 ans	- Coût du <i>Transport</i> retour des <i>Enfants</i> - Coût du <i>Transport</i> aller et retour du <i>Proche</i> ou de l'accompagnateur
En cas d' <i>Hospitalisation</i> sur place, prolongation du séjour de la personne restant au chevet du <i>Bénéficiaire</i>	- 76 euros TTC par nuit. 10 nuits maximum - Coût du <i>Transport</i> retour
En cas d' <i>Hospitalisation</i> sur place, présence au chevet du <i>Bénéficiaire</i>	- 76 euros TTC par nuit. 3 nuits maximum
En cas d' <i>Immobilisation</i> sur place, prolongation de séjour du <i>Bénéficiaire</i> et de la personne restée à son chevet	- 76 euros TTC par nuit. 10 nuits maximum - Coût du <i>Transport</i> retour
<i>Frais médicaux engagés à l'Étranger</i>	Dans les limites suivantes, par <i>Bénéficiaire</i> et par <i>Accident</i> : - Avance des frais d' <i>Hospitalisation</i> : 7 600 euros TTC maximum - Remboursement des frais restant à la charge du <i>Bénéficiaire</i> (hors frais dentaires) : 7 600 euros TTC maximum - Remboursement des frais dentaires d'urgence : 45 euros TTC maximum Les remboursements effectués par Mondial Assistance ne peuvent être inférieurs à 15 euros TTC.
Avance de fonds lors d'un déplacement à l'Étranger	3 000 euros TTC maximum par Événement garanti
ASSISTANCE EN CAS DE DÉCÈS	
Rapatriement ou <i>Transport</i> de corps	Coût réel de la prestation
En cas de décès du <i>Bénéficiaire</i> , séjour à l'hôtel d'un <i>Proche</i>	- 76 euros TTC par nuit. 3 nuits maximum
Organisation des obsèques	Organisation de la prestation sans prise en charge
Soutien pratique au téléphone	Illimité

* En cas de survenance d'un *Accident*, Mondial Assistance met à disposition du *Bénéficiaire* des prestations d'assistance et de conseil pour l'aider à surmonter les conséquences immédiates de cet événement.

Sur simple appel téléphonique du *Bénéficiaire*, Mondial Assistance organise et prend en charge, **dans la limite de 450 (quatre cent cinquante) euros TTC**, un ensemble de prestations d'assistance, à utiliser par le *Bénéficiaire* à sa convenance.

Cet ensemble de prestations est valable une fois pour un même Accident.

La mise en œuvre des services et aides à *Domicile* est subordonnée aux disponibilités locales et aux horaires d'ouverture des réseaux de prestataires. Le délai pour la mise en place des prestations est d'une demi-journée ouverte à compter de la demande.

Les prestations peuvent être demandées au fur et à mesure des besoins du *Bénéficiaire*, **dans un délai de 12 (douze) mois, à compter de la survenance de l'Accident.**

Le coût de chaque service utilisé vient en déduction du montant du forfait disponible.

Dès qu'il le souhaite, le *Bénéficiaire* peut contacter Mondial Assistance par téléphone pour connaître le solde encore disponible et obtenir des conseils sur son utilisation.

Le forfait restant après mise en œuvre des prestations ne saurait donner droit à un paiement en espèces.

Lorsque le *Bénéficiaire* est encore couvert au titre de la Convention et a utilisé la totalité du forfait disponible **avant la fin du délai de 12 (douze) mois**, à compter de la survenance de l'*Accident*, Mondial Assistance peut, à sa demande :

- organiser les services de son choix, parmi les services et aides proposés ;
- lui communiquer les coordonnées de prestataires spécialisés dans les domaines de services proposés.

Le coût des services alors proposés reste à la charge du *Bénéficiaire*.

Formule Sérénité

PRESTATIONS	PRISE EN CHARGE PAR MONDIAL ASSISTANCE PAR ACCIDENT
Accompagnement psychologique	48 heures maximum de consultation en cabinet
Conseil social	Illimité
AIDE POUR UNE ORIENTATION MÉDICALE	
Aide pour une orientation médicale	Illimité
Organisation des <i>Transports</i> pour se rendre aux rendez-vous médicaux	60 euros TTC maximum par rendez-vous
ASSISTANCE EN CAS D'HOSPITALISATION OU D'IMMOBILISATION À DOMICILE DU BÉNÉFICIAIRE	
Aide-ménagère à <i>Domicile</i>	La prestation est limitée à 40 heures
Fermeture du <i>Domicile</i> quitté en urgence	150 euros TTC maximum
<i>Transport</i> pour visites, analyses et examens médicaux	200 euros TTC maximum
Garde au <i>Domicile</i> des <i>Enfants</i> et <i>Petits-enfants</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Pour un maximum de 35 heures pour les <i>Enfants</i> et <i>Petits-enfants</i>, - Pour un maximum de 24 heures pour les <i>Petits-enfants</i> temporairement gardés par les grands parents,
Transfert des <i>Enfants</i> et <i>Petits-enfants</i> à charge de moins de 15 ans et/ou des <i>Ascendants</i> dépendants au <i>Domicile</i> d'un <i>Proche</i>	Coût du <i>Transport</i> aller et retour
Déplacement d'un <i>Proche</i> au <i>Domicile</i> de <i>Bénéficiaire</i> hospitalisé	Coût du <i>Transport</i> aller et retour
Veille sur les <i>Ascendants</i> dépendants	48 heures maximum
Garde au <i>Domicile</i> des <i>Enfants</i> convalescents à charge de moins de 15 ans	7 600 euros TTC maximum
Soutien scolaire des <i>Enfants</i> et <i>Petits-enfants</i> convalescents de moins de 15 ans	15 heures par semaine pendant un maximum de 6 mois
Conduite à l'école et/ou aux activités extra scolaires des <i>Enfants</i> et <i>Petits-enfants</i> de moins de 15 ans	150 euros TTC maximum
Transfert du <i>Bénéficiaire</i> hospitalisé au <i>Domicile</i> d'un <i>Proche</i>	Coût réel de la prestation
Préparation du retour au <i>Domicile</i>	2 heures maximum
Garde des animaux de compagnie	<ul style="list-style-type: none"> - Soit par un professionnel : 300 euros TTC maximum (frais de nourriture compris), - Soit le coût réel du <i>Transport</i> chez un <i>Proche</i> dans un rayon de 100 km
Livraison de médicaments en urgence	Avance du coût des médicaments par Mondial Assistance Organisation sans prise en charge de la livraison (Coût de la livraison et des médicaments à la charge du Bénéficiaire)
Portage des repas	Organisation de la prestation sans prise en charge (Coût de la livraison et des repas à la charge du Bénéficiaire)
Livraison de courses	Organisation de la prestation sans prise en charge (Coût de la livraison et des courses à la charge du Bénéficiaire)
Mise en relation avec un réseau de service à la personne	Mise en relation sans prise en charge

PRESTATIONS	PRISE EN CHARGE PAR MONDIAL ASSISTANCE PAR ACCIDENT
ASSISTANCE EN CAS DE SÉQUELLES HANDICAPANTES LOURDES	
Aide à la vie quotidienne (bilan de vie, etc.)	<ul style="list-style-type: none"> - Bilan de vie : illimité - Conseil dans l'achat de matériel technique : coût de l'intervention d'un spécialiste
Aide à la recherche de maisons d'accueil ou établissements spécialisés	60 euros TTC maximum par visite , 3 établissements au maximum
Aide au retour à la vie professionnelle	<ul style="list-style-type: none"> - Accompagnement psychologique : 12 heures de consultations - Accompagnement dans la réflexion professionnelle : Coût de la prestation réalisée ou mandatée par Mondial Assistance
Livraison et installation de matériel médical	Organisation de la prestation sans prise en charge (Coût de la livraison, de l'achat ou de la location du matériel à la charge du <i>Bénéficiaire</i>)
Audit de l'habitat	1 Audit
Assistance à l'aménagement du <i>Domicile</i>	Illimité
Plan d'aide	1 fois par Événement garanti
Téléassistance au <i>Domicile</i>	Coût du service pour une durée de trois mois
Aide aux <i>Proche</i> aidant afin de mieux gérer la situation au quotidien	<ul style="list-style-type: none"> - Conseils : illimité - Formation pratique : coût de l'intervention de l'infirmière
ASSISTANCE EN CAS DE PERTE D'EMPLOI	
Aide au retour à l'emploi	Coût de la prestation réalisée ou mandatée par Mondial Assistance
ASSISTANCE EN CAS D'ACCIDENT LORS D'UN DÉPLACEMENT À L'ÉTRANGER	
Transport sanitaire et/ou rapatriement	Coût de la prestation réalisée par Mondial Assistance France
Transport d'une personne accompagnant le <i>Bénéficiaire</i>	Coût du Transport retour
Retour et/ou accompagnement des <i>Enfants</i> de moins de 15 ans	<ul style="list-style-type: none"> - Coût du Transport retour des <i>Enfants</i> - Coût du Transport aller et retour du <i>Proche</i> ou de l'accompagnateur
En cas d' <i>Hospitalisation</i> sur place, prolongation du séjour de la personne restant au chevet du <i>Bénéficiaire</i>	<ul style="list-style-type: none"> - 76 euros TTC par nuit. 10 nuits maximum - Coût du Transport retour
En cas d' <i>Hospitalisation</i> en place, présence au chevet	76 euros TTC par nuit. 8 nuits maximum du <i>Bénéficiaire</i>
En cas d' <i>Immobilisation</i> sur place, prolongation de séjour du <i>Bénéficiaire</i> et de la personne restée à son chevet	<ul style="list-style-type: none"> - 76 euros TTC par nuit. 10 nuits maximum - Coût du Transport retour
<i>Frais médicaux engagés à l'Étranger</i>	<p>Dans les limites suivantes, par <i>Bénéficiaire</i> et par <i>Accident</i> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - avance des frais d'<i>Hospitalisation</i> : 7 600 euros TTC maximum - remboursement des frais restant à la charge du <i>Bénéficiaire</i> (hors frais dentaires) : 7 600 euros TTC maximum - remboursement des frais dentaires d'urgence : 45 euros TTC maximum <p>Les remboursements effectués par Mondial Assistance France ne peuvent être inférieurs à 15 euros TTC.</p>
Avance de fonds lors d'un déplacement à l'Étranger	6 000 euros TTC maximum par Événement garanti
ASSISTANCE EN CAS DE DÉCÈS	
Rapatriement ou Transport de corps	Coût réel de la prestation
Séjour à l'hôtel d'un <i>Proche</i>	- 76 euros TTC par nuit. 8 nuits maximum
Organisation des obsèques	Organisation de la prestation sans prise en charge
Soutien pratique au téléphone	Illimité

PRESTATIONS

LES MONTANTS DE PRISE EN CHARGE DES PRESTATIONS FIGURENT DANS L'ARTICLE « RÉSUMÉ DES PRESTATIONS DE PRISE EN CHARGE ».

1. En cas de traumatisme psychologique (suite à un Accident)

Lorsque le Bénéficiaire est confronté à une situation difficile suite à un Accident dont lui-même ou un Membre de la famille est victime, ou tout autre événement qui l'affecte psychologiquement et que le Bénéficiaire souhaite être accompagné pour mieux le surmonter, Mondial Assistance organise et prend en charge un **accompagnement psychologique** par un psychologue Proche du Domicile.

Cette prestation est soumise à une évaluation conjointe par le médecin de Mondial Assistance et le médecin traitant du Bénéficiaire ou le médecin urgentiste intervenu au moment de l'événement.

Si la situation du Bénéficiaire justifie un accompagnement psychologique, en raison de l'ampleur du traumatisme subi, un premier rendez-vous avec le psychologue permet de déterminer les objectifs et la durée de l'accompagnement.

Dans le cas contraire, le médecin traitant du Bénéficiaire convient avec le Bénéficiaire du mode d'intervention adapté.

Sont exclues les maladies psychologiques antérieurement avérées ou constituées ou en cours de traitement à la date d'effet du contrat.

2. Conseil social

Le service d'information et de conseil social est accessible pendant toute la durée du contrat, **du lundi au vendredi de 8h à 20h et le samedi de 8h à 17h30, hors jours fériés (horaire de France métropolitaine)**.

Sur appel du Bénéficiaire, Mondial Assistance procède, par téléphone, à une analyse de la situation médico-sociale et socio-économique destinée à détecter les difficultés auxquelles le Bénéficiaire est confronté et à lui proposer des solutions.

Mondial Assistance réalise une évaluation des besoins du Bénéficiaire, l'informe et le conseille :

- sur les principales prestations sociales existantes ;
- sur la législation et la réglementation sociale ;
- sur les conditions d'accès aux établissements spécialisés et leurs financements ;
- sur les principaux organismes susceptibles d'apporter une aide financière et un accompagnement (Sécurité Sociale, Caisse d'Allocations Familiales, Conseils Généraux, Centres Communaux d'Action Sociale, Pôle Emploi, associations, Caisse Vieillesse) ;
- sur les moyens de financement des différentes aides (*Transport*, hébergement, aide à *Domicile*, etc.) dans divers domaines :
 - **les prestations familiales** : conditions générales d'attribution, les différentes prestations, la tutelle ;
 - **le logement** : les aides à l'amélioration de l'habitat ;
 - **la maladie et l'accident** : prévention et médecine sociale, assurance maladie, accidents du travail, la protection complémentaire, l'hospitalisation à domicile ;
 - **le handicap et l'invalidité** : les dispositions en faveur des enfants et des adultes ;
 - **la retraite** : l'accueil familial des personnes âgées ou handicapées, APA.

3. Aide pour une orientation médicale

Le Bénéficiaire peut contacter Mondial Assistance par téléphone, **du lundi au vendredi hors jours fériés, de 8h à 20h (horaire de France métropolitaine)**. Lorsque, suite à un Accident, le Bénéficiaire doit faire l'objet d'une intervention chirurgicale grave, il peut demander une orientation vers un service médical ou chirurgical de référence spécialisé afin de confirmer un diagnostic ou vérifier que le traitement proposé respecte les recommandations françaises et internationales. Ces centres de référence sont sélectionnés par Mondial Assistance à travers l'analyse de leurs publications.

Mondial Assistance propose au Bénéficiaire jusqu'à **3 (trois) centres de référence** spécialement compétents pour répondre à ses interrogations.

Si le Bénéficiaire le souhaite, un médecin de Mondial Assistance peut contacter le centre sélectionné afin de lui faciliter l'obtention d'un rendez-vous.

Le coût de la consultation dans le centre de référence reste à la charge du Bénéficiaire.

Si le Bénéficiaire doit se rendre, depuis son *Domicile*, à un rendez-vous dans l'un des centres de référence, et qu'aucun *Proche* ne peut l'y conduire, Mondial Assistance organise et prend en charge les frais de *Transport*. Cette prise en charge est limitée à 3 (trois) rendez-vous.

La responsabilité de Mondial Assistance ou du centre expert de référence ne pourra en aucun cas être recherchée si le Bénéficiaire fait une interprétation inexacte ou inappropriée des avis qui lui auront été communiqués par le centre.

4. En cas d'Hospitalisation ou d'Immobilisation au Domicile du Bénéficiaire suite à un Accident

À la suite d'un Accident, Mondial Assistance organise les prestations d'assistance décrites ci-dessous uniquement pendant la durée de l'*Hospitalisation* ou de l'*Immobilisation* au *Domicile* (consécutive ou non à une *Hospitalisation*) prescrite par un médecin et attestée par le bulletin d'*Hospitalisation* ou le certificat médical.

Ces prestations d'assistance sont proposées au Bénéficiaire une fois pour un même Accident et uniquement en France métropolitaine.

Mondial Assistance se réserve le droit de demander, préalablement au missionnement, tout justificatif de nature à établir la matérialité de l'événement (*Hospitalisation* ou *Immobilisation* au *Domicile* à la suite d'un Accident) générant la mise en œuvre de la garantie.

LES PRESTATIONS SUIVANTES SONT EFFECTUÉES EXCLUSIVEMENT EN FRANCE MÉTROPOLITaine ET À COMPTER DU DEUXIÈME JOUR D'HOSPITALISATION OU D'IMMOBILISATION AU DOMICILE (SAUF MENTION CONTRAIRE).

4.1. Aide-ménagère à Domicile

Si le Bénéficiaire ne peut effectuer lui-même les tâches ménagères habituelles, Mondial Assistance recherche et prend en charge l'intervention d'une aide-ménagère, dans la limite des disponibilités locales.

L'évaluation du besoin est réalisée par Mondial Assistance avec le Bénéficiaire.

Le nombre d'heures et la période de mise à disposition de l'aide-ménagère indiqués ci-dessus ne sont pas forfaitaires : le nombre d'heures effectivement allouées et leur répartition sur la période de mise à disposition sont déterminés par Mondial Assistance, en fonction de la situation du Bénéficiaire.

Chaque prestation de l'aide-ménagère dure **au minimum 2 (deux) heures** et peut être fournie entre 8h et 19h, du lundi au samedi, hors jours fériés. La mission de l'aide-ménagère concerne la réalisation de petits travaux ménagers quotidiens (repassage, ménage, aide à la préparation des repas etc.) au *Domicile*.

La demande doit, sous peine de forclusion, être faite dans les 3 (trois) jours suivant le retour au *Domicile*.

Cette aide est mise à disposition dans la limite des disponibilités locales et des horaires d'ouverture des réseaux de prestataires d'aide à domicile.

4.2. Fermeture du Domicile quitté en urgence

En cas d'*Hospitalisation* du *Bénéficiaire*, et s'il a quitté son *Domicile* précipitamment, Mondial Assistance organise et prend en charge la venue d'une aide-ménagère afin de fermer les accès du *Domicile* (volets, fenêtres, portes, etc.), éteindre les lumières, les appareils électriques en fonctionnement, trier les denrées périssables, étendre le linge resté dans la machine à laver.

Cette prestation s'effectuera, sous réserve de la mise à disposition des clés, des éventuels codes d'accès du *Domicile* et des conditions d'accessibilité en toute sécurité.

Mondial Assistance peut, si nécessaire, organiser le *Transport* aller-retour, de l'intervenant pour aller chercher les clés.

Cette prestation sera mise en place en fonction des disponibilités locales et des horaires d'ouverture des prestataires d'aide à Domicile.

4.3. Déplacement pour visites, analyses et examens médicaux

Si le *Bénéficiaire* doit se rendre depuis son *Domicile*, à des rendez-vous médicaux, faire des analyses médicales ou des examens médicaux et qu'aucun *Proche* ne peut l'y conduire, Mondial Assistance prend en charge le coût d'un taxi ou le ticket d'un transport en commun aller et retour (remboursement sur justificatif).

Il s'agit nécessairement d'un Transport non médicalisé.

La prise en charge se fera en complément et sur justificatifs des remboursements éventuels obtenus par le *Bénéficiaire* (ou ses Ayants droit) auprès de la Sécurité Sociale et de tout autre organisme de prévoyance auquel il serait affilié.

4.4. Garde au Domicile des Enfants et Petits-enfants de moins de 15 ans

La prestation de garde s'effectue dans la limite des disponibilités locales.

Chaque prestation de garde d'*Enfant* dure **au minimum 2 (deux) heures** et peut être fournie entre 8h et 19h du lundi au samedi, hors jours fériés.

La prestation est assurée par un professionnel agréé. Sa mission consiste à garder les enfants au *Domicile*, préparer les repas et apporter des soins quotidiens (**à l'exclusion des soins médicaux**).

Pendant ses heures de présence, l'intervenant(e) pourra accompagner les *Enfants* à la crèche, à l'école ou à leurs activités extra scolaires et retourner les chercher, à condition que **le déplacement se fasse sans véhicule**.

À l'issue de cette prestation et si l'Hospitalisation ou l'Immobilisation au Domicile doit se prolonger, Mondial Assistance pourra organiser soit le « Déplacement d'un Proche au Domicile » (4.6), soit le « Transfert des Enfants de moins de 15 ans et/ou des Ascendants dépendants, au Domicile d'un Proche » (4.5), dans les limites des plafonds de prise en charge figurant dans l'article « Résumé des prestations et prises en charge ».

4.5. Transfert des Enfants, Petits-enfants de moins de 15 ans et/ou des Ascendants dépendants à charge, au domicile d'un Proche

Mondial Assistance organise et prend en charge le *Transport* aller et retour jusqu'au *Domicile* d'un *Proche*.

Si l'accompagnement des *Enfants*, Petits-enfants ou des Ascendants dépendants à charge est nécessaire, Mondial Assistance prend en charge le coût du *Transport*.

Si nécessaire, Mondial Assistance missionne un accompagnateur.

Si le Bénéficiaire a souscrit la Formule Sérénité, cette prestation n'est pas cumulable avec la prestation « Déplacement d'un Proche au Domicile » (4.6).

4.6. Déplacement d'un Proche au Domicile du Bénéficiaire hospitalisé

Mondial Assistance organise et prend en charge le coût d'un *Transport* aller et retour, d'un *Proche* pour s'occuper du *Bénéficiaire* et des *Enfants* de moins de 15 ans.

Si le Bénéficiaire a souscrit la Formule Sérénité, cette prestation n'est pas cumulable avec la prestation « Transfert des Enfants au Domicile d'un Proche » (4.5).

4.7. Veille sur les Ascendants dépendants à charge

Si aucun *Proche* n'est disponible, Mondial Assistance recherche, missionne et prend en charge, suivant le besoin, l'intervention :

- soit d'une auxiliaire de vie agréée qui aide aux actes de la vie quotidienne (aide au lever, au coucher, toilette, repas, habillement, etc.) ;
- soit d'une personne de compagnie.

Chaque prestation dure **au minimum 2 (deux) heures** et peut être fournie entre 8h et 19h du lundi au samedi, hors jours fériés.

4.8. Garde au Domicile et soutien scolaire des Enfants et Petits-enfants convalescents de moins de 15 ans

Pour un *Enfant* hospitalisé ou immobilisé au *Domicile* pour convalescence, prescrite par un médecin et attestée par le bulletin d'*Hospitalisation* ou le certificat médical, si aucun *Proche* n'est disponible sur place, Mondial Assistance organise et prend en charge :

a) Garde au Domicile des Enfants convalescents de moins de 15 ans

La prestation « Garde au *Domicile* » est décrite dans l'article 4.4.

À l'issue de cette prestation et si l'Hospitalisation ou l'Immobilisation au Domicile doit se prolonger, Mondial Assistance pourra organiser soit le « Déplacement d'un Proche au Domicile » (4.6), soit le « Transfert des Enfants au Domicile d'un Proche » (4.5).

b) Soutien scolaire des Enfants et Petits-enfants convalescents de moins de 15 ans

Le soutien scolaire dans les matières principales est accordé uniquement si les deux conditions suivantes sont réunies :

- uniquement à compter du 5^e (cinquième) jour d'*Hospitalisation* ou d'*Immobilisation* au *Domicile* de l'*Enfant*, pour cause d'*Accident* ;
- aux *Enfants* scolarisés dans l'enseignement primaire ou secondaire.

En cas d'*Hospitalisation* de l'*Enfant*, l'aide pédagogique peut être fournie sous réserve de l'accord exprès de l'établissement de soins, attestée par le bulletin d'*Hospitalisation*.

L'aide pédagogique est accordée pour la durée effective de l'année scolaire en cours, pendant les jours normalement scolarisés sauf le samedi, **à raison de 15 (quinze) heures par semaine**, tous cours confondus, fractionnables **par tranche de 3 (trois) heures de cours au minimum** dans la journée par matière ou par répétiteur scolaire.

Le nombre d'heures et la période de mise à disposition du répétiteur scolaire indiqués ci-dessus ne sont pas forfaitaires : le nombre d'heures effectivement allouées et leur répartition sur la période de mise à disposition sont déterminés par Mondial Assistance.

Chaque demande est étudiée au cas par cas pour missionner le répétiteur scolaire habilité à donner des cours du niveau de la classe de l'*Enfant*.

Il pourra, avec l'accord du responsable légal de l'*Enfant*, prendre contact avec l'établissement scolaire fréquenté afin d'examiner avec l'instituteur ou les professeurs habituels de l'*Enfant* l'étendue du programme à étudier.

Cette aide pédagogique cesse dès que l'*Enfant* a repris les cours ou à la fin de l'année scolaire.

La mise en place de l'aide pédagogique peut nécessiter un délai de 2 (deux) jours ouvrés.

Les phobies scolaires sont exclues.

Les matières scolaires principales sont les suivantes : français, mathématique, physique, chimie, géographie, langues étrangères (de l'Union Européenne), histoire, biologie, technologie.

4.9. Conduite à l'école et/ou aux activités extra scolaires des Enfants et Petits-enfants de moins de 15 ans

Si aucun *Proche* ne peut assurer le *Transport* des *Enfants* pour se rendre à l'école ou aux activités extra scolaires, Mondial Assistance peut prendre en charge le *Transport* en taxi aller- retour des *Enfants* depuis le *Domicile*.

Les Enfants seront obligatoirement accompagnés d'un adulte désigné par le Bénéficiaire.

4.10. Transfert du Bénéficiaire au Domicile d'un Proche

Mondial Assistance organise et prend en charge le coût d'un *Transport aller et retour du Bénéficiaire jusqu'au Domicile d'un Proche*.

Il s'agit nécessairement d'un Transport non médicalisé.

4.11. Préparation du retour au Domicile

Pendant l'*Hospitalisation du Bénéficiaire*, afin d'assurer son retour au *Domicile* dans les meilleures conditions, Mondial Assistance organise et prend en charge la venue d'une aide-ménagère pour effectuer les tâches ménagères, ouvrir les volets, mettre le logement à température, faire de petites courses.

Le coût des courses reste à la charge du Bénéficiaire.

Cette prestation s'effectuera sous réserve de la mise à disposition des clés, des éventuels codes d'accès du *Domicile* et des conditions d'accessibilité en toute sécurité.

Chaque prestation de l'aide-ménagère dure **au minimum 2 (deux) heures** et peut être fournie entre 8h et 19h, du lundi au samedi, hors jours fériés.

4.12. Garde des animaux de compagnie (chiens, chats à l'exclusion de tout autre animal)

Mondial Assistance prend en charge la garde des animaux du *Bénéficiaire* :

- soit à l'extérieur, par un professionnel (frais de nourriture compris) ;
- soit chez un *Proche* désigné par le *Bénéficiaire*, résidant en France métropolitaine, dans un rayon maximum de 100 Km autour du *Domicile*.

L'animal concerné doit avoir reçu toutes les vaccinations obligatoires.

Sont exclus les chiens de 1^{ère} et 2^{de} catégorie (article L. 211-12 du Code rural et de la pêche maritime).

4.13. Livraison de médicaments en urgence

Pour des médicaments prescrits par un médecin depuis moins de 24h et immédiatement nécessaires au *Bénéficiaire*, Mondial Assistance les recherche (pharmacie *Proche* du *Domicile* ou pharmacie de garde), les achète sous réserve de disponibilité, et les achemine au *Domicile*.

Mondial Assistance fait l'avance du coût de ces médicaments, que le *Bénéficiaire* devra rembourser au moment où ils lui sont livrés.

4.14. Portage des repas

Si besoin et sur simple appel téléphonique du *Bénéficiaire* ou de son entourage, Mondial Assistance organise le portage de repas au *Domicile* (**hors Corse**) avec un délai de mise en place de **4 (quatre) jours ouvrés maximum**.

Ce service n'est pas disponible les samedis, dimanches et jours fériés.

Les repas sont livrés par pack de 5 ou 7 « déjeuners + dîners ». La prestation est limitée à une livraison. **Les repas ne sont pas pris en charge.**

Dans les zones non desservies ou lorsque le pack de repas n'est pas adapté, Mondial Assistance pourra proposer, **sans prise en charge** :

- soit l'intervention d'une aide-ménagère pour préparer les repas au *Domicile* dans les conditions précisées dans le paragraphe « *Aide-ménagère à Domicile* » (4.1) ;
- soit la mise en relation avec un prestataire.

Cette prestation n'est pas disponible en Corse.

4.15. Livraison de courses

Mondial Assistance prend la commande du *Bénéficiaire*, achète et livre ses courses au *Domicile*.

Le coût des courses reste à la charge du Bénéficiaire.

4.16. Mise en relation avec un réseau de service à la personne

Le service est accessible pendant toute la durée du contrat, **sur simple appel téléphonique du lundi au vendredi de 8h à 20h et le samedi de 8h à 18h, hors jours fériés (horaire de France métropolitaine)**.

Il s'agit d'une offre de mise en relation avec un réseau de prestataires de services à la personne (entrant dans le cadre des activités définies comme telles par le plan Borloo), agréés afin que le *Bénéficiaire* puisse profiter des avantages fiscaux prévus au plan Borloo.

L'objectif de ce service est :

- de délivrer de l'information sur les services à la personne ;

- de mettre en relation le *Bénéficiaire* avec un prestataire référencé par Mondial Assistance.

Les prestations délivrées sont à la charge du Bénéficiaire. Pour toute mise en place de prestation, le prestataire dispose d'un délai minimum de 72 (soixante-douze) heures pour prendre contact avec le Bénéficiaire.

5. En cas de Séquelles handicapantes lourdes

5.1. Aide à la vie quotidienne

Pour aider le *Bénéficiaire* à organiser sa vie et son environnement quotidien, Mondial Assistance propose au *Bénéficiaire* des prestations adaptées à sa nouvelle situation :

a) Bilan de vie

Le bilan de vie permet d'évaluer :

- les capacités physiques du *Bénéficiaire* ;
- ses habitudes de vie ;
- la conformité du *Domicile* au regard de l'état du *Bénéficiaire* et, le cas échéant, les aménagements nécessaires du *Domicile*.

Le bilan est réalisé par téléphone avec le *Bénéficiaire* ou avec ses *Proches* s'il n'est pas en mesure de répondre.

b) Conseil dans l'achat de matériel technique

Selon les besoins détectés au bilan de vie et les demandes du *Bénéficiaire*, Mondial Assistance organise et prend en charge l'intervention, au *Domicile*, d'un spécialiste pour conseiller le *Bénéficiaire* handicapé dans le choix du matériel nécessaire pour pallier son handicap (fauteuil roulant, déambulateur, adaptation du véhicule, etc.) et l'accompagne dans la constitution de dossier d'aide au financement.

5.2. Aide à la recherche de maisons d'accueil ou établissements spécialisés

Si le *Bénéficiaire* ne peut être maintenu à son *Domicile*, Mondial Assistance aide le *Bénéficiaire* à organiser son hébergement en maison d'accueil :

• Information

- Les différentes solutions possibles ;
- Les adresses des différents établissements dans la région que le *Bénéficiaire* a choisie ;
- Les caractéristiques de ces établissements, en fonction du handicap du *Bénéficiaire* ;
- Les démarches à effectuer.

• Visite de maisons d'accueil

Mondial Assistance organise la visite de **3 (trois) établissements au maximum** situés en France métropolitaine et choisis par le *Bénéficiaire* ou son entourage et prend en charge les frais de *Transport*. Toutefois, Mondial Assistance ne peut garantir la disponibilité d'accueil ou l'acceptation du dossier du *Bénéficiaire* par un établissement.

5.3. Aide au retour à la vie professionnelle

L'Aide au retour à la vie professionnelle est réservée au Bénéficiaire âgé de 20 ans au moins qui n'est définitivement plus en mesure physiquement de reprendre tout ou partie de son activité professionnelle.

Elle est accessible dans les 24 (vingt-quatre) mois qui suivent la date de son premier jour d'arrêt de travail.

Le *Bénéficiaire* doit avoir été jugé médicalement apte à entreprendre une démarche de retour à la vie professionnelle et autoriser le médecin de Mondial Assistance à s'en assurer auprès de son médecin traitant. Le service décrit ci-dessous est accessible sur simple appel téléphonique, du lundi au vendredi de 9h à 18h (horaire de France métropolitaine).

Il a pour but de faire le point sur la situation personnelle et professionnelle du *Bénéficiaire*.

En fonction de son besoin et de sa situation psychologique, le *Bénéficiaire* pourra accéder aux modules suivants :

■ Entretien d'orientation

Un *Conseiller emploi* de Mondial Assistance propose au *Bénéficiaire* un entretien d'orientation avec un *Psychologue* du réseau de Mondial Assistance proche du *Domicile* du *Bénéficiaire*. Cet entretien a pour but de mieux cerner le besoin du *Bénéficiaire* et de lui proposer de

bénéficier, si besoin, d'un accompagnement psychologique avant d'entamer la réflexion professionnelle proprement dite.

■ Accompagnement psychologique

Si la situation du *Bénéficiaire* justifie une intervention psychologique d'accompagnement en raison de l'ampleur du traumatisme psychologique subi, le *Psychologue du réseau* de Mondial Assistance France et le *Bénéficiaire* déterminent ensemble les objectifs et la durée de l'accompagnement. Dans ce cas, Mondial Assistance prend en charge **12 (douze) heures** de consultation en cabinet avec le *Psychologue de son réseau*.

■ Accompagnement dans la réflexion professionnelle

À l'issue de cet accompagnement psychologique ou si l'entretien d'orientation n'en a pas fait ressortir l'utilité, le *Conseiller emploi* :

- établit avec le *Bénéficiaire* un bilan de sa situation personnelle et professionnelle à partir d'une auto-évaluation et un entretien téléphonique ;
- l'aide à identifier un plan d'actions adapté à sa situation (reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé, recherche d'emploi, formation, etc.) ;
- lui communique toutes les informations utiles dans le cadre de ce plan d'action sous la forme d'un livret d'information détaillé sur les démarches à entreprendre dans le cadre du plan d'action déterminé suite au bilan ; ce livret comporte des informations sur le statut du travailleur handicapé, les étapes qui mènent au travail, les obligations des entreprises et les aides accordées.

■ Suivi du plan d'actions

Tout au long de la démarche, le *Bénéficiaire* est suivi par son *Conseiller emploi* référent lors d'entretiens réguliers au cours desquels ce dernier :

- valide avec lui le déroulement de son plan d'actions ;
- lui propose une réorientation de sa stratégie ;
- lui fournit toute l'information utile au bon déroulement de son plan d'action : démarches administratives, aides financières, éléments du droit du travail, etc.

Si le *Bénéficiaire* rencontre des difficultés psychologiques au cours de sa réflexion professionnelle, et s'il n'en a pas déjà bénéficié, le *Conseiller emploi* pourra l'orienter vers le module « Accompagnement psychologique ».

La durée de la prestation « Aide au retour à la vie professionnelle » est de :

- **3 (trois) mois en cas de mise en œuvre du module « Accompagnement dans la réflexion professionnelle » ;**
- **6 (six) mois en cas de mise en œuvre des modules « Accompagnement psychologique et Accompagnement dans la réflexion professionnelle ».**

5.4. Livraison et installation de matériel médical

Lorsque le *Bénéficiaire* se fait prescrire l'installation de matériel médical par son médecin, Mondial Assistance prodigue des conseils personnalisés au *Bénéficiaire* et à ses *Proches* afin de faciliter le choix du matériel adapté au besoin.

Le prestataire assure la livraison et l'installation du matériel au *Domicile* ainsi que le service après-vente.

La mise en place d'aides techniques telles que lits médicalisés, fauteuils roulants, accessoires de confort permet de faciliter le retour ou le maintien à *Domicile* du *Bénéficiaire*.

Avant toute livraison et mise à disposition de matériel médical, la demande, formulée par téléphone, doit être confirmée par courrier, fax ou email.

Le coût du matériel, achat ou location, reste à la charge du Bénéficiaire.

5.5. Aide au maintien à *Domicile* si le *Bénéficiaire* peut être maintenu à *Domicile*

Les prestations décrites ci-dessous peuvent concerner le Bénéficiaire ou un de ses Enfants de moins de 18 ans.

a) Audit de l'habitat

Si le bilan de vie réalisé dans le cadre de l'« Aide à la vie quotidienne » (5.1) fait ressortir que des aménagements sont nécessaires pour le maintien à *Domicile* du *Bénéficiaire*, Mondial Assistance organise et prend en charge l'intervention d'un technicien de l'habitat pour préciser les moyens nécessaires au maintien à *Domicile* (aménagement douche à niveau, lit médicalisé, rampe d'accès, téléassistance, etc.) et établir un devis des travaux à effectuer.

Les aménagements qui pourraient être décidés par le Bénéficiaire ou ses Proches restent à la charge du Bénéficiaire.

b) Assistance à l'aménagement du *Domicile*

Si le *Domicile* du *Bénéficiaire* nécessite des aménagements, suite à un *Accident* subi par le *Bénéficiaire* ou un de ses *Enfants* mineur, ou si le *Bénéficiaire* envisage un déménagement compte tenu de son handicap, Mondial Assistance organise les services ci-après :

- recherche des prestataires spécialisés en fonction des besoins d'aménagement définis lors du bilan de vie et confirmés le cas échéant par un architecte ou un spécialiste de l'habitat suite à l'audit de l'habitat ;
- conseil de l'architecte ou du technicien de l'habitat quant aux aménagements nécessaires ;
- estimation des travaux à réaliser ;
- recherche des possibilités de financement des aménagements ;
- constitution et suivi du dossier de demande de financement et information du *Bénéficiaire* ;
- après accord formel du *Bénéficiaire*, mise en œuvre des travaux,
- suivi mensuel des travaux pendant 6 (six) mois ;
- contrôle de la réalisation et réception des travaux, contre-visite de contrôle si nécessaire.

Les aménagements réalisés restent à la charge du Bénéficiaire.

c) Plan d'aide

Mondial Assistance élabore, en concertation avec le *Bénéficiaire* ou sa famille, un plan d'aide pour faciliter sa vie à *Domicile*.

Le plan d'aide s'appuie sur les résultats du bilan de vie réalisé dans le cadre de l'« Aide à la vie quotidienne » (5.1). Il recense tous les besoins identifiés et les services qui permettent d'y répondre (auxiliaire de vie, garde-malade, aide ménagère, livraison de courses, etc.), leurs coûts et les sources possibles de financement.

Il organise l'ordonnancement des prestations et leurs rythmes, en tenant compte notamment des disponibilités des *Proches*. S'il le souhaite, Mondial Assistance accompagne le *Bénéficiaire* ou ses *Proches* dans la mise en œuvre des prestations du plan d'aide.

d) Téléassistance au *Domicile*

Mondial Assistance propose l'installation gratuite au *Domicile* et la prise en charge d'un dispositif de téléassistance pendant **3 (trois) mois**, à la demande du *Bénéficiaire* ou de sa famille, si le *Bénéficiaire* est isolé pendant sa convalescence.

Le dispositif de téléassistance est composé d'un appareil de télécommunication spécial et d'un service d'écoute. Il permet au *Bénéficiaire* de lancer une alerte de n'importe quel endroit de son habitation, 24 heures sur 24, et 7 jours sur 7, en actionnant simplement une télécommande qu'il conserve sur lui, sous forme de pendentif ou de bracelet.

Un opérateur du service d'écoute entre en liaison vocale avec le *Bénéficiaire*, sans que celui-ci ait à décrocher son téléphone grâce au transmetteur (qui compose automatiquement le numéro du centre de surveillance et joue le rôle d'interphone). L'opérateur dialogue avec le *Bénéficiaire* pour analyser la situation, le rassurer et lui venir en aide en cas de problème. Il peut contacter les *Proches* du *Bénéficiaire*, son médecin, les pompiers, la police, un réparateur, etc.

Si le *Bénéficiaire* ne peut pas répondre, l'opérateur déclenche immédiatement l'intervention la plus rapide, c'est-à-dire conjointement les *Proches*, amis ou voisins dépositaires d'un double des clés du *Domicile du Bénéficiaire* et les secours d'urgence si nécessaire.

CONDITIONS APPLICABLES À LA MISE EN PLACE DU DISPOSITIF DE TÉLÉASSISTANCE

Lors de la demande le *Bénéficiaire* devra fournir au prestataire un certain nombre de données confidentielles le concernant pour la mise en place du service :

- ses coordonnées et les moyens d'accès à son *Domicile* ;
- les coordonnées d'au moins un dépositaire de clefs proche de son *Domicile* ;
- des informations concernant son entourage ;
- des informations concernant son état de santé et les coordonnées de son médecin traitant ;
- la présence éventuelle d'une autre personne ou d'animaux domestiques au *Domicile*.

Au-delà de la période de 3 (trois) mois, Mondial Assistance pourra, à la demande du Bénéficiaire, prolonger cette mise à disposition à un tarif préférentiel.

5.6. Aide au Proche aidant afin de mieux gérer la situation au quotidien

Lorsque le *Bénéficiaire* est victime d'un *Accident* et qu'un *Proche* aide le *Bénéficiaire*, à titre non professionnel, dans ses activités de la vie quotidienne, Mondial Assistance met en œuvre, sur simple appel téléphonique, **du lundi au vendredi de 9h à 19h, hors jours fériés (horaire de France métropolitaine)**, les prestations suivantes :

a) Conseils destinés aux Proches

Mondial Assistance propose par téléphone deux modules de sensibilisation destinés à prévenir le *Proche* des risques liés à la nouvelle situation :

- conseils pour rester en bonne santé : limiter les risques de stress, dépression, frustration, perturbation du sommeil, épuisement, etc. ;
- conseils pour comprendre les difficultés du *Bénéficiaire*.

b) Une formation pratique à Domicile

Mondial Assistance organise et prend en charge l'intervention d'une infirmière au *Domicile du Bénéficiaire* ou au *Domicile du Proche* afin de lui montrer et de lui expliquer les bons gestes à effectuer et la bonne attitude à adopter vis-à-vis du *Bénéficiaire* victime d'un *Accident*.

L'intervention de l'infirmière à *Domicile* se déroule **en deux phases de trois heures** :

- la première phase est consacrée à travailler avec le *Proche* uniquement sur différents thèmes (hygiène de vie, transferts et déplacements, toilette, habillage, repas, etc.) ;
- la deuxième phase est destinée à mettre en pratique les différents thèmes avec le *Bénéficiaire* malade.

6. En cas de perte d'emploi

En cas de perte d'emploi du *Bénéficiaire* assuré ou de son *Conjoint* suite à la survenance d'un *Accident*, Mondial Assistance organise et prend en charge l'aide au retour à l'emploi.

Un *Conseiller emploi* de Mondial Assistance :

- établit avec le *Bénéficiaire* un bilan personnel et professionnel de son parcours à partir d'une auto-évaluation complétée par une analyse graphologique et un entretien téléphonique ;
- l'aide à élaborer un projet professionnel réalisable à court terme et lui indique les premières actions de recherche à entreprendre ;
- le forme aux techniques de recherche d'emploi en relation avec son projet professionnel : rédaction d'un curriculum vitae et de lettres de candidature, entretiens d'embauche, utilisation des réseaux relationnels, utilisation du téléphone dans la recherche d'emploi.

Tout au long de la démarche, le *Bénéficiaire* est suivi par son *Conseiller emploi* référent au travers d'entretiens réguliers où il :

- analyse avec le *Bénéficiaire* les résultats de ses entretiens d'embauche et l'aide à améliorer son discours ;
- valide avec lui le déroulement de son plan d'actions ;
- lui propose le cas échéant une réorientation de sa stratégie de recherche ;
- lui fournit chaque fois que de besoin toute l'information utile pour sa recherche d'emploi : démarches administratives, aides financières, éléments du droit du travail, etc.

L'Aide au retour à l'emploi est ouverte au Bénéficiaire dans les 6 (six) mois qui suivent la date de son licenciement ou de la cessation de son activité professionnelle. Il doit avoir été jugé médicalement apte à reprendre une activité professionnelle, et autoriser le médecin de Mondial Assistance à s'en assurer auprès de son médecin traitant.

7. En cas d'Accident survenu lors d'un déplacement à l'Étranger

7.1. Rapatriement ou Transport sanitaire

Si l'état du *Bénéficiaire* nécessite des soins médicaux ou examens spécifiques ne pouvant être réalisés sur place, Mondial Assistance organise et prend en charge, après avis de son médecin :

a) Transport sanitaire et/ou rapatriement

Mondial Assistance organise et prend en charge le *Transport sanitaire* et/ou le rapatriement du *Bénéficiaire*, selon la gravité du cas, vers le centre hospitalier le mieux adapté (soit dans le pays soit en France métropolitaine) par les moyens les plus appropriés (avion sanitaire, avion de ligne régulière, train, bateau, ambulance).

Lorsque l'*Hospitalisation* n'a pas pu se faire à proximité du *Domicile*, le transfert vers un hôpital plus proche est pris en charge dès que l'état du *Bénéficiaire* le permet.

Dans le cas où l'*Hospitalisation* à l'arrivée n'est pas indispensable, le *Transport* est assuré jusqu'au *Domicile du Bénéficiaire*.

IMPORTANT

Les décisions sont prises en considération du seul intérêt médical du Bénéficiaire.

Les médecins de Mondial Assistance se mettent en rapport avec les structures médicales sur place et, si nécessaire, avec le médecin traitant habituel du Bénéficiaire, afin de réunir les informations permettant de prendre les décisions les mieux adaptées à son état de santé.

Le rapatriement du Bénéficiaire est décidé et géré par un personnel médical titulaire d'un diplôme légalement reconnu dans le pays où ce personnel médical exerce habituellement son activité professionnelle.

Si le Bénéficiaire refuse de suivre les décisions prises par le service médical de Mondial Assistance, il décharge Mondial Assistance France de toute responsabilité par rapport aux conséquences d'une telle initiative et perd tout droit à prestation et indemnisation de Mondial Assistance. Par ailleurs, Mondial Assistance ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence, ni prendre en charge les frais ainsi engagés, à l'exception des frais d'évacuation sur piste de ski à concurrence de 230 euros TTC.

b) Transport d'une personne accompagnant le Bénéficiaire

Lorsque le *Bénéficiaire* fait l'objet d'un *Transport* dans les conditions définies au paragraphe « *Transport sanitaire et/ou Rapatriement* » et à condition que son état le justifie, Mondial Assistance organise et prend en charge, après avis de son médecin, le *Transport* d'une personne désignée par le *Bénéficiaire* et se trouvant sur place pour accompagner le *Bénéficiaire*.

7.2. Retour et/ou accompagnement des Enfants de moins de 15 ans

Lorsque le Bénéficiaire est victime d'un Accident à l'Étranger et fait l'objet d'un Transport sanitaire ou d'un rapatriement vers son Domicile, ou s'il est hospitalisé sur place et ne peut pas être transporté immédiatement, Mondial Assistance organise et prend en charge :

- le Transport retour des Enfants de moins de 15 ans ;
- le Transport aller et retour d'un Proche, ou d'un accompagnateur de Mondial Assistance pour ramener les Enfants au Domicile ou à l'adresse en France métropolitaine indiquée par le Bénéficiaire.

7.3. En cas d'Hospitalisation sur place

Si le Bénéficiaire est victime d'un Accident à l'Étranger et est hospitalisé sur place parce que son état ne justifie pas ou empêche un rapatriement ou un Transport sanitaire immédiat, Mondial Assistance propose, après avis de son médecin, les prestations suivantes :

a) Prolongation du séjour d'un Proche restant au chevet du Bénéficiaire

Mondial Assistance organise et prend en charge le séjour à l'hôtel d'un Proche, se trouvant déjà sur place qui reste à son chevet.

Mondial Assistance organise et prend également en charge le retour de ce Proche s'il ne peut utiliser les moyens initialement prévus.

b) Présence au chevet du Bénéficiaire

Si l'Hospitalisation sur place du Bénéficiaire doit dépasser 10 (dix) jours et si personne ne reste à son chevet, Mondial Assistance organise et prend en charge le Transport aller et retour au départ de France métropolitaine, d'un Proche afin de se rendre à son chevet.

Mondial Assistance organise également le séjour à l'hôtel du Proche et prend en charge ses frais engagés.

Les prestations accordées au titre du 7.3 « En cas d'Hospitalisation sur place » ne peuvent être cumulées avec la prestation décrite à l'article 7.4 « En cas d'Immobilisation sur place ».

7.4. En cas d'Immobilisation sur place

En cas d'Accident à l'Étranger, si le Bénéficiaire est immobilisé sur place parce que son état ne justifie pas un rapatriement ou un Transport sanitaire immédiat et l'empêche d'entreprendre son retour à la date initialement prévue, Mondial Assistance propose au Bénéficiaire, après avis de son médecin, la prestation suivante :

Prolongation de séjour du Bénéficiaire et d'un Proche resté à son chevet

Mondial Assistance prend en charge, s'il y a lieu, les frais de prolongation de séjour à l'hôtel réellement engagés par le Bénéficiaire ainsi que ceux d'un Proche demeurant à son chevet.

Lorsque l'état de santé du Bénéficiaire le permet, Mondial Assistance organise et prend en charge son retour et éventuellement celui du Proche qui est resté auprès de lui, s'il ne peut rentrer par les moyens initialement prévus.

La prestation accordée au titre du 7.4 « En cas d'Immobilisation sur place » ne peut être cumulée avec les prestations décrites à l'article 7.3 « En cas d'Hospitalisation sur place ».

7.5. Frais médicaux engagés à l'Étranger

En cas d'Accident à l'Étranger, si le Bénéficiaire a engagé des Frais médicaux ou n'est pas en mesure de régler sur place les sommes qui lui sont réclamées pour les soins reçus à la suite d'un Accident, Mondial Assistance propose :

a) Avance des Frais médicaux à l'Étranger

Mondial Assistance garantit le paiement des Frais médicaux à l'Étranger directement auprès de l'établissement de soin où le Bénéficiaire a été admis.

Les factures sont alors adressées à Mondial Assistance qui en assure le règlement.

Pour bénéficier de cette prestation, le Bénéficiaire ou un de ses Proches dépose, au moment de la demande, auprès de Mondial Assistance ou de l'un de ses correspondants désigné, un chèque de paiement du montant à garantir.

Le chèque de paiement est encaissé par Mondial Assistance au plus tôt 2 (deux) mois après la date à laquelle l'avance a été faite.

Dans le cas où les factures dont le règlement a été avancé par Mondial Assistance présentent un montant inférieur de plus de 15 euros TTC au montant du chèque remis par le Bénéficiaire ou un de ses Proches, Mondial Assistance s'engage à reverser la différence à l'émetteur du chèque dans le mois qui suit le règlement par elle des factures de l'établissement de soins.

b) Prise en charge complémentaire ou remboursement des frais médicaux

La prise en charge ou le remboursement par Mondial Assistance vient en complément des remboursements obtenus par le Bénéficiaire ou ses ayants droit auprès des organismes de Sécurité Sociale, d'Assurance Maladie complémentaire ou de prévoyance auxquels le Bénéficiaire est affilié.

Les remboursements effectués par Mondial Assistance ne peuvent être inférieurs à 15 euros TTC.

Les demandes de prise en charge complémentaire doivent obligatoirement être accompagnées des décomptes originaux des remboursements obtenus auprès des organismes d'Assurance Maladie.

Ne donnent pas lieu à prise en charge complémentaire :

- les frais de prothèses internes, optiques, dentaires, acoustiques, fonctionnelles, esthétiques ou autres ;
- les frais engagés en France métropolitaine et dans les DOM-ROM, qu'ils soient consécutifs ou non à un Accident survenu en France ou à l'Étranger ;
- les frais de rééducation, de cure thermale ou de séjour en maison de repos.

7.6. Avance de fonds lors d'un déplacement à l'Étranger

En cas d'Accident, si besoin et sur simple appel téléphonique du Bénéficiaire, Mondial Assistance lui accorde une avance de fonds.

Le Bénéficiaire dispose d'un délai de 3 (trois) mois, à compter de la mise à disposition des fonds ou de la date de son retour, pour rembourser à Mondial Assistance cette avance ou les frais engagés par Mondial Assistance pour le compte du Bénéficiaire. Passé ce délai, Mondial Assistance sera en droit d'exiger, en outre, des frais et intérêts légaux. Pour bénéficier de cette prestation, le Bénéficiaire ou un de ses Proches dépose, au moment de la demande, auprès de Mondial Assistance ou de l'un de ses correspondants désigné, un chèque de paiement du montant à garantir.

Le chèque de paiement est encaissé par Mondial Assistance au plus tôt 2 (deux) mois après la date à laquelle l'avance a été faite.

8. En cas de décès

En cas de décès du Bénéficiaire suite à Accident, Mondial Assistance apporte son concours aux Proches du Bénéficiaire pour les aider à faire face et à leur demande, organise et prend en charge :

8.1. Rapatriement ou le Transport du corps

Mondial Assistance organise et prend en charge le rapatriement ou le Transport du Bénéficiaire décédé depuis son lieu de décès, en France ou à l'Étranger, jusqu'au lieu d'inhumation en France métropolitaine.

Les frais annexes nécessaires au Transport du corps dont le coût d'un cercueil de modèle simple sont également pris en charge.

Les frais d'accessoires, de cérémonie, d'inhumation ou de crémation en France métropolitaine sont à la charge de sa famille. Lorsqu'il y a inhumation provisoire, Mondial Assistance organise et prend en charge les frais de Transport du corps du Bénéficiaire jusqu'au lieu d'inhumation définitive en France métropolitaine, après expiration des délais légaux d'exhumation. Mondial Assistance organise le séjour à l'hôtel d'un Proche et prend en charge ses frais réellement engagés.

8.2. Organisation des obsèques

À la demande de la famille du *Bénéficiaire* et pour son compte, Mondial Assistance peut se charger de coordonner l'organisation des obsèques en France métropolitaine : convoi, cérémonie religieuse, ouverture du caveau et mise en bière, etc.

Mondial Assistance fait appel à son prestataire habituel ou à celui désigné par la famille.

Dans ce cas, un devis envoyé aux ayants droit pour accord préalable doit être approuvé par un ayant droit ou une personne ayant reçu délégation.

Les frais d'accessoires, de cérémonie, d'inhumation ou de crémation sont à la charge de la famille.

8.3. Soutien pratique au téléphone

Sur simple appel téléphonique, du lundi au samedi de 9h à 20h (horaire de France métropolitaine et hors jours fériés), les *Bénéficiaires* ou les *Proches* souhaitant préparer la succession du *Bénéficiaire*, trouveront auprès des spécialistes de Mondial Assistance, les renseignements dont ils ont besoin dans les domaines ci-après :

- le décès ;
- les obsèques ;
- les démarches de succession ;
- le règlement de la succession ;
- les règles de répartition de la succession ;
- les situations particulières d'héritage ;
- les droits de succession ;
- les droits du conjoint et de ses enfants.

EXCLUSIONS GÉNÉRALES

Outre les exclusions précisées dans la présente convention, sont toujours exclus :

- les Accidents subis à l'occasion d'activités professionnelles ou de toute activité donnant lieu à rémunération (y compris les activités sportives) ;
- les Accidents de la circulation dans lesquels est impliqué un véhicule terrestre à moteur ainsi que ses remorques, autres que les véhicules ferroviaires et les tramways circulant sur des voies qui leur sont propres.
Cependant cette exclusion ne concerne pas les accidents de la circulation en tant que piéton ou cycliste ;
- les Accidents antérieurs à la date d'effet du contrat Sogessur Accidents de la Vie et leurs conséquences.

LES DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Responsabilité

Mondial Assistance ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence. Le *Bénéficiaire* ou ses *Proches* doivent, en cas d'urgence, prendre contact directement et en priorité avec les services locaux de secours d'urgence. **Mondial Assistance ne peut être tenue responsable des retards ou empêchements dans l'exécution des services à la suite d'un cas de force majeure ou d'événements tels que grèves, émeutes, révoltes, instabilité politique notoire, représailles, embargos, sanctions économiques (Récapitulatif des mesures restrictives par pays disponible sur le site internet du Ministère de l'Économie et des Finances : <https://www.tresor.economie.gouv.fr/Ressources/sanctions-financieres-internationales>), mouvements populaires, restrictions de la libre circulation des biens et des personnes, sabotage, terrorisme, saisies ou contraintes par la force publique, interdictions officielles, pirateries, explosions d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques graves et les événements imprévisibles d'origine naturelle, guerre civile ou étrangère, conséquences des effets d'une source de radioactivité ou de tout autre cas fortuit.**

Conditions d'application

Le Bénéficiaire ou ses Proches doivent, en cas d'urgence, prendre contact directement et en priorité avec les services locaux de secours d'urgence.

Mondial Assistance ne peut intervenir que dans la limite des accords donnés par les autorités locales et ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence. Elle ne peut prendre en charge les frais de recherche, de sauvetage et de Transports primaires à l'exception des frais d'évacuation sur piste de ski à concurrence de 230 euros TTC. Mondial Assistance se réserve le droit de demander, préalablement à la mise en œuvre des prestations, tous actes, pièces, factures, etc., de nature à établir la matérialité de l'événement ouvrant droit au bénéfice des prestations de la présente convention.

Par le seul fait qu'il réclame le bénéfice d'une assistance, le demandeur s'engage à fournir les justificatifs appropriés à Mondial Assistance, soit concurremment à la demande écrite, soit dans les 5 (cinq) jours suivant l'appel, sauf cas fortuit ou de force majeure.

Mondial Assistance ne peut répondre des manquements ou contretemps qui résulteraient du non respect par le *Bénéficiaire* des dispositions qui précèdent et serait en droit de réclamer au *Bénéficiaire* le remboursement des frais exposés.

L'organisation par le Bénéficiaire ou par son entourage de l'une des assistances énoncées dans la présente convention ne peut donner lieu à remboursement que si Mondial Assistance a été prévenue et a donné son accord exprès.

Dans ce cas, les frais exposés seront remboursés sur présentation des justificatifs originaux, dans la limite de ceux que Mondial Assistance aurait engagés pour organiser le service.

Les prestations d'assistance de la Convention sont délivrées sous réserve des disponibilités locales.

Conditions applicables aux services de renseignement téléphonique

En aucun cas les renseignements communiqués ne feront l'objet d'une confirmation écrite.

Les informations fournies par Mondial Assistance sont des renseignements à caractère documentaire. **Mondial Assistance s'interdit toute consultation, diagnostic ou prescription médicale.** La responsabilité de Mondial Assistance ne pourra en aucun cas être recherchée dans le cas d'une mauvaise utilisation ou interprétation inexakte du ou des renseignements qui auront été communiqués. Certaines demandes peuvent nécessiter des recherches. Mondial Assistance s'engage alors à répondre dans un délai de 2 (deux) jours ouvrés.

Conditions applicables aux services d'assistance au Domicile

Les prestations énoncées dans la présente convention ne se substituent en aucune façon aux interventions des services publics, ni aux prestations dues par les organismes sociaux et les employeurs.

Sauf mention contraire, la mise en place des prestations d'assistance au *Domicile* peut nécessiter un délai d'une demi-journée ouverte.

Les prestations de « Garde au *Domicile* » (4.4 et 4.8.a) ne sont pas ouvertes :

- pendant les congés légaux du ou des parents et de la nourrice employée et déclarée ;
- lorsqu'un membre majeur de la famille est présent au *Domicile*.

Conditions applicables à l'Aide au retour à l'emploi (article 6 « en cas de perte d'emploi »)

Pour pouvoir accéder aux services personnalisés, le *Bénéficiaire* doit :

- s'il est salarié, justifier de sa qualité de demandeur d'emploi en présentant sa lettre de licenciement ou son avis de notification de Pôle Emploi ou son certificat de travail ;
- s'il est travailleur de statut indépendant, justifier de sa qualité de demandeur d'emploi en présentant un document officiel certifiant la cessation de son activité (formulaire à obtenir auprès du Centre de Formalités Entreprises ou de l'URSSAF).

L'Aide au retour à l'emploi a une **durée maximale d'un an à compter du 1^{er} appel** auprès du Service Assistance Emploi de Mondial Assistance.

Conditions applicables à l'Aide au retour à la vie professionnelle en cas de Séquelles handicapantes lourdes (article 5.3)

L'Aide au retour à la vie professionnelle ne se substitue pas aux prestations des organismes et associations institutionnels. Aucune démarche matérielle ne sera effectuée par Mondial Assistance auprès de ces organismes et associations ou auprès de toute institution ou administration dont le *Bénéficiaire* relève.

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

Dans tous les cas, la décision d'assistance appartient exclusivement au médecin de Mondial Assistance, après contact avec le médecin traitant sur place et éventuellement la famille du *Bénéficiaire*.

Seuls l'intérêt médical du *Bénéficiaire* et le respect des règlements sanitaires en vigueur sont pris en considération pour arrêter la décision de *Transport*, le choix du moyen utilisé pour ce *Transport* et l'éventuel lieu d'*Hospitalisation*.

Modalités d'examen des réclamations

S'il n'a pas pu être donné immédiatement entière satisfaction à votre réclamation formulée par oral ou via une messagerie instantanée, celle-ci doit nous être adressée par écrit selon les modalités suivantes :

• Par mail : reclamation@votreassistance.fr

• Par courrier à l'adresse suivante :

AWP France SAS
Traitement des réclamations
TSA 70002
93488 Saint-Ouen Cedex

Nous accuserons réception de votre réclamation écrite dans les dix (10) jours ouvrables à compter de son envoi et nous vous apporterons une réponse écrite dans un délai maximal de deux (2) mois. Vous pouvez en tout état de cause saisir le Médiateur indépendant de l'assurance à l'issue d'un délai de deux (2) mois à compter de l'envoi de votre première réclamation écrite :

• Par voie électronique : www.mediation-assurance.org

• Par courrier à l'adresse suivante :

Monsieur le Médiateur de l'Assurance
TSA 50110
75441 Paris Cedex 09

Votre demande auprès du Médiateur de l'assurance doit, le cas échéant, être formulée au plus tard dans le délai d'un (1) an à compter de votre première réclamation écrite auprès de nos services. Toutefois, cette démarche ne vous prive pas de la possibilité d'intenter toute action en justice. En cas de souscription de votre contrat d'assurance en ligne, vous avez la possibilité en qualité de consommateur, de recourir à la plateforme de Règlement en Ligne des Litiges (RLL) de la Commission Européenne en utilisant le lien suivant :

<http://ec.europa.eu/consumers/odr>

Protection des données à caractère personnel

Le traitement de données à caractère personnel est régi par la loi « Informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et le Règlement UE 2016/679 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données.

Fragonard Assurances est responsable du traitement des données à caractère personnel, recueillies en vue de la passation, la gestion et l'exécution des contrats.

Ces données sont conservées pendant la durée nécessaire à l'exécution du contrat et conformément aux dispositions relatives à la prescription. Elles sont destinées aux gestionnaires des prestations d'assistance et sont susceptibles d'être communiquées à des sous-traitants, situés dans ou hors de l'Union Européenne.

Conformément à la législation et réglementation applicables en matière de protection des données, l'Assuré peut exercer son droit d'accès aux données le concernant et les faire rectifier en contactant : informations-personnelles@votreassistance.fr.

L'Assuré est informé de l'existence de la liste d'opposition au démarchage téléphonique « Bloctel » sur laquelle il peut s'inscrire : www.bloctel.gouv.fr.

Pour plus d'informations, il est possible de consulter la Déclaration de confidentialité expliquant notamment comment et pourquoi sont collectées les données personnelles, en annexe.

Dans le cadre de sa politique de maîtrise des risques et de la lutte anti-fraude, AWP France SAS se réserve le droit de procéder à tout contrôle des informations et de saisir, si nécessaire, les autorités compétentes conformément à la législation en vigueur.

Prescription

Toutes actions dérivant du contrat d'assurance sont prescrites par un délai de 2 (deux) ans à compter de l'événement qui y donne naissance, dans les conditions fixées à l'article L 114-1 du Code des assurances. Les dispositions relatives à la prescription des actions dérivant du contrat d'assurance sont fixées par les articles L114-1 à L114-3 du Code des assurances reproduits ci-après :

• Article L114-1 du Code des assurances

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

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

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

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

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

• Article L114-2 du Code des assurances

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

• Article L114-3 du Code des assurances

« Par dérogation à l'article 2254 du code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci. »

Information complémentaire :

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont énoncées aux articles 2240 et suivants du Code civil reproduits ci-dessous.

• Article 2240 du Code civil

« *La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription.* »

• Article 2241 du Code civil

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

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

• Article 2242 du Code civil

« *L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance.* »

• Article 2243 du Code civil

« *L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périr l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée.* »

• Article 2244 du Code civil

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

• Article 2245 du Code civil

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

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

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

• Article 2246 du Code civil

« *L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution.* »

Autorité de Contrôle

L'autorité chargée du contrôle des entreprises qui accordent les prestations prévues par la Convention est :

L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR)

4 place de Budapest

CS 92459

75436 Paris Cedex 09

www.acpr.banque-france.fr

Loi applicable - Langue utilisée

La Convention est régie par la loi française.

La langue utilisée pour l'exécution de la présente convention est le français.

DÉCLARATION DE CONFIDENTIALITÉ

La sécurité de vos données personnelles nous importe

Fragonard Assurances est une compagnie d'assurance agréée par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) proposant des produits et services d'assurance. Protéger votre vie privée est notre priorité absolue. Cette déclaration de confidentialité explique comment nous collectons les données personnelles, quel type de données nous collectons et pourquoi, avec qui nous les partageons et à qui nous les divulguons. Veuillez lire attentivement cette déclaration.

1. Qui est le responsable du traitement des données ?

Le responsable du traitement des données est la personne, physique ou morale, qui contrôle et est responsable de la conservation et de l'utilisation des données personnelles, au format papier ou électronique. **Fragonard Assurances** (« Nous », « Notre ») est responsable du traitement des données, tel que défini par la législation et la réglementation applicables en matière de protection des données.

2. Quelles données personnelles sont collectées ?

Nous collecterons et traiterons différents types de données personnelles vous concernant, conformément à ce qui suit :

- les données relatives à l'identification des personnes parties, intéressées ou intervenantes au contrat et
- toute autre donnée nécessaire à la passation et/ou l'exécution du contrat.

Dans ce cadre, nous pourrons être amenés à collecter et traiter les « données personnelles sensibles » vous concernant.

En souscrivant le présent contrat, vous vous engagez à communiquer les informations figurant dans cette déclaration de confidentialité à tout tiers pour lequel toute donnée personnelle pourrait nous être transmise (ex. les autres assurés, les bénéficiaires, les tiers impliqués dans le sinistre, les personnes à prévenir en cas d'urgence, etc.), et vous acceptez de ne pas communiquer ces informations autrement.

3. Comment vos données personnelles sont-elles collectées et traitées ?

Nous collecterons et traiterons les données personnelles que vous nous transmettez et celles que nous recevons de tiers (comme expliqué plus bas) pour un certain nombre de finalités et sous réserve de votre consentement exprès, à moins que ce dernier ne soit pas exigé par les lois et réglementations applicables, comme indiqué ci-dessous :

Finalité	Est-ce que votre consentement explicite est nécessaire ?
Devis et souscription du contrat d'assurance	Non, dans la mesure où ces activités de traitement sont nécessaires pour exécuter le contrat d'assurance auquel vous êtes partie et prendre les mesures nécessaires préalablement à la conclusion de ce contrat.
Administration du contrat d'assurance (ex. : traitement des réclamations, les enquêtes et estimations nécessaires à la détermination de l'existence de l'événement garanti et du montant des indemnisations à verser ou le type d'assistance à fournir, etc.)	Oui, si nécessaire. Toutefois, dans les cas où nous devons traiter vos données personnelles dans le cadre du traitement de votre réclamation, nous ne solliciterons pas votre consentement.
Pour mener des enquêtes de qualité sur les services fournis, afin d'évaluer votre niveau de satisfaction de l'améliorer	Non. Nous avons un intérêt légitime à vous contacter après avoir géré une demande ou après avoir fourni une prestation et afin de nous assurer que nous avons exécuté nos obligations contractuelles d'une manière satisfaisante. Toutefois, vous avez le droit de vous y opposer en nous contactant comme cela est expliqué dans la section 9 ci-dessous.
Pour satisfaire à toutes les obligations légales (par exemple, celles qui découlent des lois sur les contrats d'assurance et les activités d'assurance, des règlements sur les obligations fiscales, comptables et administratives)	Non, dans la mesure où ces activités de traitement sont expressément et légalement autorisées.
À des fins de vérification, pour nous conformer aux obligations légales ou aux procédures internes	Non. Nous pouvons traiter vos données dans le cadre d'audits internes ou externes requis soit par la loi, soit par nos procédures internes. Nous ne solliciterons pas votre consentement au titre de ces traitements s'ils sont justifiés en vertu de la réglementation en vigueur ou au titre de notre intérêt légitime. Toutefois, nous nous assurerons que seules les données à caractère personnel strictement nécessaires seront utilisées et qu'elles seront traitées en toute confidentialité. Les audits internes sont généralement réalisés par notre société mère.

Finalité	Est-ce que votre consentement explicite est nécessaire ?
Pour réaliser des analyses statistiques et qualitatives sur la base des données et du taux de demandes d'indemnisation	Si nous réalisons l'une de ces activités de traitement, nous le ferons en anonymisant les données personnelles. En conséquence, les données anonymisées ne sont plus considérées comme des données « à caractère personnel » et votre consentement n'est plus requis.
Pour la gestion du recouvrement de créances (par exemple, pour demander le paiement de la prime, pour réclamer des créances à des tiers, pour répartir tant de l'indemnisation entre les différentes compagnies d'assurances couvrant le même risque).	Non, si le traitement de vos données, même s'il s'agit de catégories sensibles de données à caractère personnel s'avère nécessaire à la constatation, à l'exercice ou à la défense le monde droits en justice, que nous pouvons invoquer également au titre de notre intérêt légitime.
Au titre de la prévention et de la lutte contre la fraude, le blanchiment d'argent et le respect de la réglementation applicable aux sanctions économiques, y compris, le cas échéant, par exemple, la comparaison entre vos informations et celles figurant sur les précédentes demandes, ou la vérification des systèmes courants de déclaration de sinistre.	Non. Il est entendu que la détection et la lutte contre la fraude, le blanchiment d'argent et le respect de la réglementation applicable aux sanctions économiques constituent un intérêt légitime du Responsable du traitement. Par conséquent, nous sommes en droit de traiter vos données à cette fin sans avoir à recueillir votre consentement.

Comme mentionné plus haut, pour les finalités énumérées précédemment, nous traiterons les données personnelles vous concernant que nous recevons de notre partenaire commercial **Sogessur**.

Concernant les finalités mentionnées précédemment pour lesquelles nous avons indiqué que votre consentement exprès n'est pas requis ou dans les cas où nous aurions besoin de vos données personnelles dans le cadre de la souscription de votre assurance et/ou de la gestion de votre sinistre, nous traiterons vos données personnelles sur la base de nos intérêts légitimes et/ou conformément à nos obligations légales. Vos données personnelles seront nécessaires pour tout achat de nos produits et services. Si vous ne souhaitez pas nous fournir ces données, nous ne serons pas en mesure de vous garantir l'accès aux produits et services demandés ou susceptibles de vous intéresser, ou encore de vous proposer des offres adaptées à vos exigences spécifiques.

4. Qui peut accéder à vos données personnelles ?

Nous nous assurerons que vos données personnelles sont traitées dans le respect des finalités indiquées plus haut.

Dans le cadre des finalités énoncées, vos données personnelles pourront être divulguées aux parties suivantes, agissant en tant que tiers, responsables du traitement des données :

- organismes du secteur public, autres sociétés de notre groupe, autres assureurs, réassureurs.

Dans le cadre des finalités énoncées, vos données personnelles pourront être divulguées aux parties suivantes, agissant en tant que préposés au traitement des données, opérant sous notre responsabilité :

- autres sociétés de notre groupe (dont AWP France SAS), consultants techniques, experts, avocats, experts en sinistres, réparateurs, prestataires, médecins et sociétés de services délégataires de nos opérations (réclamations, informatique, services postaux, gestion de documents)

En définitive, nous pourrons être amenés à partager vos données personnelles dans les cas suivants :

- dans les cas envisagés ou réels de réorganisation, fusion, vente, co-entreprise, cession, transfert ou autre disposition de tout ou partie de notre activité, de nos actifs ou de nos titres (notamment dans le cadre de procédures en insolvabilité ou autres procédures similaires) ; et
- afin de nous conformer à toute obligation légale, y compris aux obligations résultant des décisions du médiateur dans le cas où vous présenteriez une réclamation concernant l'un de nos produits ou services.

5. Où sont traitées vos données personnelles ?

Vos données personnelles pourront être traitées aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'Union Européenne (UE) par les parties spécifiées dans la section 4, toujours sous réserve des restrictions contractuelles

relatives à la confidentialité et à la sécurité, conformément à la législation et à la réglementation applicables en matière de protection des données. Nous ne divulguons pas vos données personnelles à des parties non autorisées à les traiter.

Chaque transfert de vos données personnelles en vue de leur traitement en dehors de l'UE par une autre société de notre groupe, sera effectué sur la base des règles internes d'entreprise approuvées par l'Autorité de régulation dont dépend notre groupe, établissant des règles adéquates de protection des données personnelles et contraignant juridiquement l'ensemble des sociétés de notre groupe. Lorsque les règles internes d'entreprise ne s'appliquent pas, nous prendrons des mesures afin de garantir que le transfert de vos données personnelles hors UE sera effectué selon le niveau de protection adéquat, au même titre que s'il s'agissait d'un transfert à l'intérieur de l'UE. Vous pouvez prendre connaissance des mesures de protection que nous mettons en œuvre pour ce type de transferts (clauses contractuelles types, par exemple) en nous contactant comme indiqué dans la section 9.

6. Quels sont vos droits concernant vos données personnelles ?

Lorsque la loi ou la réglementation en vigueur le permet, vous avez le droit :

- d'accéder à vos données personnelles et de connaître leur provenance, les objectifs et finalités du traitement de ces données, les informations concernant le(s) responsable(s) du traitement des données, le(s) préposé(s) au traitement des données et les destinataires des données potentiellement divulguées ;
- de retirer votre consentement à tout moment, dans les cas où celui-ci est requis pour le traitement de vos données personnelles ;
- de mettre à jour ou de rectifier vos données personnelles afin qu'elles soient toujours exactes ;
- de supprimer vos données personnelles de nos systèmes si leur conservation n'est plus nécessaire dans le cadre des finalités indiquées précédemment ;
- de restreindre le traitement de vos données personnelles dans certaines circonstances, par exemple, si vous avez contesté l'exactitude de vos données personnelles, pendant la période nécessaire à la vérification de leur exactitude par nos services ;
- d'obtenir vos données personnelles au format électronique, pour votre usage personnel ou celui de votre nouvel assureur ; et
- de déposer une plainte auprès de notre société et/ou de l'autorité de protection des données compétente - Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

Vous pouvez exercer ces droits en nous contactant comme indiqué à la section 9.

7. Comment vous opposer au traitement de vos données personnelles ?

Lorsque la loi ou la réglementation en vigueur le permet, vous avez le droit de vous opposer au traitement de vos données personnelles par nos services, ou de solliciter auprès de notre société l'arrêt du traitement desdites données (y compris à des fins de marketing direct). Une fois votre demande transmise, nous ne procéderons plus au traitement de vos données personnelles, à moins que la législation ou la réglementation applicable ne le permette.

Vous pouvez exercer ce droit de la même manière que vos autres droits définis dans la section 6.

8. Combien de temps conserverons-nous vos données personnelles ?

Nous ne conserverons vos données à caractère personnel que pendant la durée nécessaire aux fins indiquées dans la présente déclaration de confidentialité puis elles seront supprimées ou anonymisées une fois qu'elles ne sont plus nécessaires. Ci-dessous nous vous communiquons quelques-unes des durées de conservation applicables aux finalités indiquées à la section 3 ci-dessus.

- Pour une durée de cinq (5) ans à compter de la date de fin du contrat d'assurance
- En cas de sinistre – cinq (5) ans à compter du règlement du sinistre.
- En cas de sinistre avec dommages corporels – dix (10) ans à compter du sinistre.
- Pour toute information sur les réclamations – cinq (5) ans à compter de la réception de la réclamation.
- Pour toute information sur le contrat – cinq (5) ans à compter de l'expiration, de la résiliation, ou de l'annulation.

Toutefois, sachez que des obligations ou des événements spécifiques supplémentaires peuvent parfois annuler ou modifier ces durées, tels que des litiges ou des enquêtes réglementaires en cours, qui peuvent remplacer ou suspendre ces durées jusqu'à ce que l'affaire soit close et que le délai applicable d'examen ou d'appel ait expiré. En particulier, les durées de conservation basées sur des prescriptions dans le cadre d'actions en justice peuvent être suspendues puis reprendre par la suite.

9. Comment nous contacter ?

Pour toute question concernant l'utilisation que nous faisons de vos données personnelles, vous pouvez nous contacter par e-mail ou par courrier postal :

AWP France SAS

Département Protection des Données Personnelles

7 rue Dora Maar

93400 Saint-Ouen

E-mail : informations-personnelles@votreassistance.fr

10. À quelle fréquence mettons-nous à jour la présente déclaration de confidentialité ?

Nous procédons régulièrement à la révision de cette déclaration de confidentialité.

Pour toute information ou modification concernant votre contrat ou votre situation personnelle,

Allô Contrats

► N°Cristal 0 969 329 969
APPEL NON SURTAXE

Pour déclarer un sinistre,

Allô Sinistres

► N°Cristal 0 969 327 326
APPEL NON SURTAXE

Pour vous assister en cas d'urgence, 24h/24 et 7j/7,

Mondial Assistance

01 40 25 50 01 (Appel non surtaxé*)

*Coût d'un appel local.

Tarif depuis une ligne fixe, en France métropolitaine.

Depuis un autre opérateur en France ou à l'étranger, tarification selon l'opérateur.

Tarif en vigueur au 01/11/2025.

Produit d'assurance dommages de SOGESSION

SA au capital de 33 825 000 euros - 379 846 637 RCS Nanterre

Siège social : Tour D2 - 17 bis place des Reflets - 92919 Paris La Défense Cedex

Adresse de correspondance : SOGESSION - TSA 91102 - 92894 Nanterre Cedex 9

N° ADEME : FR231725_01YSGB

Les prestations d'assistance sont assurées par FRAGONARD ASSURANCES

SA au capital de 37 207 660,00 euros

479 065 351 RCS BOBIGNY

Siège social : 7, rue Dora Maar - 93400 SAINT-OUEN

Et mises en œuvre par AWP FRANCE SAS

sous le nom commercial MONDIAL ASSISTANCE

SAS au capital de 7 584 076,86 euros - 490 381 753 RCS Bobigny

Siège social : 7 rue Dora Maar - 93400 Saint-Ouen

Société de courtage d'assurances - Inscription ORIAS 07 026 669

Entreprises régies par le Code des assurances

et soumises à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution,

4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.

www.acpr.banque-france.fr

Photo : GraphicObsession - Réf. C 190 350 - 01/2025