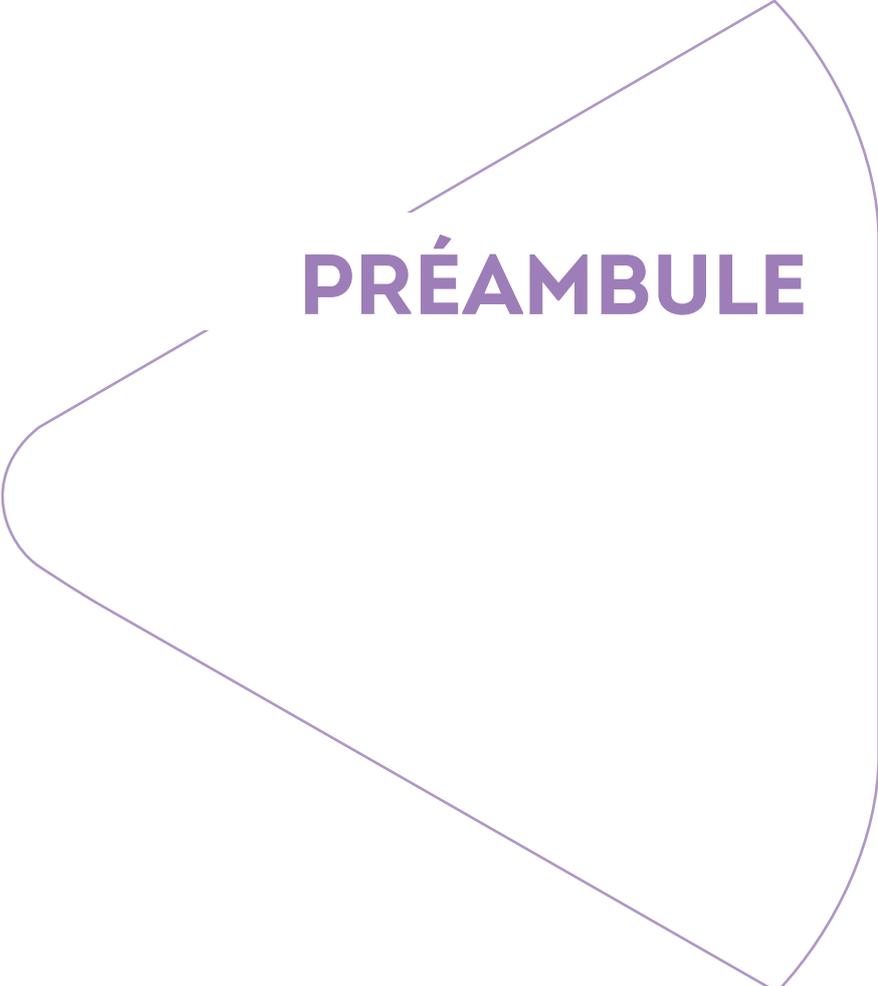


GARANTIE DES ACCIDENTS DE LA VIE

Conditions générales
n°32

SOMMAIRE

Préambule	3
Les termes utilisés dans votre contrat	5
Les dispositions générales du contrat	9
L'étendue géographique du contrat.....	10
La formation du contrat.....	10
La vie du contrat.....	12
La cotisation.....	12
Informatique et libertés.....	13
L'examen des réclamations.....	14
La fin du contrat (résiliation).....	14
Les garanties du contrat	17
La protection des bénéficiaires.....	18
LA défense des intérêts des bénéficiaires :	19
L'assistance renforcée :	21
Les exclusions générales du contrat	23
Les sinistres et indemnités	25
Les obligations en cas de sinistre.....	26
Le règlement du sinistre.....	27
Subrogation.....	29
Prescription.....	29
La politique de protection des données personnelles	31



PRÉAMBULE

PRÉAMBULE

VOUS AVEZ CHOISI LA MAPA POUR GARANTIR VOTRE RISQUE

« Garantie des Accidents de la Vie ».

Nous vous remercions de cette confiance.

Adhésion aux statuts

Nous sommes une Mutuelle d'Assurance.

L'acceptation de votre risque implique l'adhésion à nos statuts. Les conditions d'adhésion sont décidées par le Conseil d'Administration et contenues dans les statuts dont un exemplaire vous a été remis.

Autorité de contrôle

La MAPA est soumise à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) :

AUTORITÉ DE CONTRÔLE PRUDENTIEL ET DE
RÉSOLUTION
4 place de Budapest
CS 92459
75436 PARIS CEDEX 09

De quels documents est constitué votre contrat ?

- Votre contrat, qui concrétise nos engagements réciproques, est constitué :
 - des conditions générales qui définissent le cadre de nos rapports ;
 - des Conditions Particulières qui précisent les caractéristiques de la garantie souscrite ;
 - de l'annexe Protection Juridique.
- Votre contrat est régi par le Code des Assurances.

Que faire en cas de changement de profession ou de décès ?

Changement de profession

Vous devez nous aviser de tout changement d'activité. Nous avons la possibilité de vous proposer un contrat ou une cotisation conforme au nouveau risque déclaré. Si vous ne donnez pas suite à cette proposition ou si vous la refusez dans un délai de 30 jours, nous pouvons résilier le contrat.

Décès

Si vous venez à décéder en cours de contrat, ce dernier est aussitôt résilié si vous êtes le seul assuré.

Si le contrat couvre d'autres personnes, les droits et obligations du souscripteur décédé peuvent, avec notre accord, être transférés à l'une d'entre elles. Le contrat en vigueur sera résilié et un nouveau contrat sera établi en remplacement.

Sort des cotisations

En cas de résiliation du contrat pour changement de profession ou de décès, nous remboursons la fraction de cotisation correspondant à la période non garantie entre la date de résiliation et l'échéance du 31 décembre. Nous retenons les sommes pouvant être dues sur le compte ouvert à votre nom à la MAPA.



LES TERMES UTILISÉS DANS VOTRE CONTRAT

LES TERMES UTILISÉS DANS VOTRE CONTRAT

Accident

Toute atteinte corporelle résultant d'événements soudains et imprévisibles, individuels ou collectifs, dus à une cause extérieure. Les agressions, électrocutions, hydrocutions, noyades, asphyxies, empoisonnements, insolation, congélations sont assimilés à des accidents.

Assistance Relais Santé

Garanties d'assistance mises en œuvre par :
Groupe IMA (Inter Mutuelles Assistance)
118, avenue de Paris
CS 40000
79003 NIORT CEDEX 9

Les modalités de mise en œuvre des prestations et le détail des garanties d'assistance sont indiquées dans la notice d'information jointe au contrat.

Ayant(s) droit

Par référence au Droit Commun, ce sont les personnes physiques justifiant que le décès de l'assuré, survenu à la suite d'un événement garanti par le contrat, leur cause un préjudice économique ou moral direct.

Bénéficiaires

- Vous êtes bénéficiaire du contrat jusqu'à l'échéance qui suit votre 85e anniversaire.
- Peuvent être bénéficiaires :
 - votre conjoint non séparé de corps ou de fait, votre concubin notoire ou votre partenaire lié par un pacte civil de solidarité, sous réserve de ne pas avoir plus de 75 ans au moment de l'entrée dans l'assurance, jusqu'à l'échéance qui suit son 85e anniversaire ; cette personne sera dénommée par la suite « conjoint de droit ou de fait » ;
 - vos enfants :
 - › mineurs, célibataires, à charge fiscalement ou économiquement ;
 - › majeurs à charge fiscalement ou économiquement ;
 - › handicapés percevant l'une ou l'autre des allocations prévues par la loi du 30 juin 1975 ;
 - vos petits-enfants, lorsque vous êtes délégataire de l'autorité parentale.

Consolidation

La date de consolidation est le moment où les lésions se sont fixées et ont pris un caractère permanent, tel qu'un traitement n'est plus nécessaire si ce n'est pour éviter une aggravation et qu'il devient possible d'apprécier l'existence éventuelle d'un déficit fonctionnel permanent.

Garantie des Accidents de la Vie

L'appellation « Garantie des Accidents de la Vie » est une marque déposée dont le droit d'usage impose à l'assureur le respect d'un socle de garantie minimum, avalidé par les instances de la Fédération Française des Sociétés d'Assurances. Ce label est identifiable par ce logo



MAPAGAV est un produit répondant à ces conditions et, à ce titre, il dispose de ce label

Maladie

Toute altération de la santé constatée par un médecin et résultant d'une cause autre qu'accidentelle.

Nous

La MAPA, Mutuelle d'Assurance dont le siège social est situé à :

MAPA-MUTUELLE D'ASSURANCE
1, rue Anatole-Contré
BP 60037
17411 SAINT-JEAN-D'ANGÉLY CEDEX

La MATMUT-PROTECTION JURIDIQUE SA, société à laquelle la MAPA a confié le risque Protection Juridique, conformément à l'article L 322-2-3 du Code des Assurances et qui lui est substituée.

MATMUT PROTECTION JURIDIQUE

Société anonyme à directoire et conseil de surveillance au capital de 7 500 000 € entièrement libéré, dont le siège social est à ROUEN (76100) - 66, rue de Sotteville
Entreprise régie par le Code des Assurances, inscrite au RCS de Rouen sous le numéro 423 499 391
Ayant reçu agrément par arrêté du 1er octobre 1999 pour pratiquer les opérations correspondant à la branche 17 (protection juridique) mentionnée à l'article R.321-1 du Code des Assurances

Prescription

Date à partir de laquelle aucune réclamation n'est plus recevable.

Quatrième partie du Code de la Santé Publique

Il s'agit du chapitre traitant de l'organisation et de l'exercice des professions médicales et paramédicales (médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme, infirmier(e), masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue, orthophoniste, orthoptiste, ergothérapeute, psychomotricien, manipulateur d'électroradiologie médicale, opticien-lunettier, audioprothésiste, diététicien).

Sports à risques

Il s'agit de la pratique régulière ou occasionnelle en tant qu'amateur membre ou non d'un club ou groupement sportif agréé conformément à la loi du 16 juillet 1984, d'un ou de plusieurs sports à risques énumérés ci-après :

- les sports mécaniques pratiqués à l'aide d'engins motorisés,
- les sports aériens,
 - tout type de boxe et arts martiaux, à l'exception des arts suivants : judo, jiu-jitsu, aikido, karaté, kung-fu et capoeira,
- l'alpinisme,
- le ski hors piste,
- le saut à l'élastique ou pendulaire,
- la spéléologie,
- la plongée sous-marine avec appareil autonome.

Ces sports ne sont pas considérés comme sports à risques dès lors qu'ils sont pratiqués dans le cadre d'une initiation (baptême ou découverte) encadrée par un moniteur ou professionnel diplômé et réalisée, sur une seule journée, par un bénéficiaire non licencié au sein d'un club agréé par une fédération française ou européenne.

Tiers

Ont la qualité de tiers toutes personnes physiques ou morales autres que l'assureur, les bénéficiaires ou les ayants droit.

Tiers payeurs

Il s'agit des organismes qui interviennent dans le versement de prestations à titre indemnitaire (organismes sociaux obligatoires ou complémentaires comme le Régime Social des Indépendants, la Sécurité Sociale, la Mutualité Sociale Agricole, les régimes sociaux des fonctionnaires et, de manière générale, les tiers payeurs désignés à l'article 29 de la loi n° 85-677 du 5 juillet 1985), consécutives à l'accident en cause. Leurs prestations devront se déduire de l'indemnité que nous vous devons

Vous

Le souscripteur, jusqu'à l'échéance qui suit votre 85e anniversaire.

LES DISPOSITIONS GÉNÉRALES DU CONTRAT

- ▶ **L'étendue géographique du contrat**
- ▶ **La formation du contrat**
- ▶ **La vie du contrat**
- ▶ **La cotisation**
- ▶ **La fin du contrat**
- ▶ **L'examen des réclamations**
- ▶ **Informatique et libertés**

L'ÉTENDUE GÉOGRAPHIQUE DU CONTRAT

Votre contrat produit ses effets pendant sa période de validité, en France métropolitaine, dans les départements et régions d'outre-mer, collectivités d'outre-mer, dans les principautés d'Andorre et de Monaco, dans les pays membres de l'Union Européenne, en Suisse, en Islande, au Liechtenstein, à San Marin, au Vatican et en Norvège.

La garantie s'exerce également dans le reste du monde lors de voyages et de séjours n'excédant pas une durée continue de 3 mois.

Cette durée est étendue à 12 mois pour les enfants mentionnés aux Conditions Particulières, effectuant un séjour à l'étranger dans le cadre de leurs études.

Votre lieu de résidence habituel doit se situer en France métropolitaine.

En cas de sinistre survenant hors de France métropolitaine ou hors des départements et régions d'outre-mer, collectivités d'outre-mer, l'indemnisation de vos préjudices sera toujours effectuée en euros selon les règles du Droit Commun du tribunal compétent au regard de votre domicile.

LA FORMATION DU CONTRAT

Qui peut souscrire ?

Vous êtes souscripteur du contrat, sous réserve :

- de n'avoir pas plus de 75 ans au moment de l'entrée dans l'assurance,
- de n'avoir pas plus de 65 ans si vous ou votre conjoint avez souscrit l'option «accident professionnel », sous réserve de répondre aux conditions fixées page 18.

L'âge se calcule par différence entre l'année en cours et l'année de naissance.

Quels sont les bénéficiaires ?

- Vous êtes bénéficiaire du contrat, jusqu'à l'échéance qui suit votre 85^e anniversaire.
- Peuvent être bénéficiaires :
 - votre conjoint non séparé de corps ou de fait, votre concubin notoire ou votre partenaire lié par un pacte civil de solidarité, sous réserve de ne pas avoir plus de 75 ans au moment de l'entrée dans l'assurance, jusqu'à l'échéance qui suit son 85^e anniversaire ; cette personne sera dénommée par la suite « conjoint de droit ou de fait » ;
 - vos enfants :
 - › mineurs, célibataires, à charge fiscalement ou économiquement ;
 - › majeurs à charge fiscalement ou économiquement ;
 - › handicapés percevant l'une ou l'autre des allocations prévues par la loi du 30 juin 1975 ;
 - vos petits-enfants, lorsque vous êtes délégataire de l'autorité parentale.

La déclaration des risques lors de la souscription

Vous devez :

- répondre exactement aux questions que nous vous posons sur la proposition d'adhésion, notamment nous déclarer la pratique par au moins un des bénéficiaires d'un ou plusieurs sports à risques tels qu'ils sont définis page 5 des présentes Conditions Générales.
- nous déclarer la souscription d'autres contrats d'assurance à caractère indemnitaire couvrant le même risque.

À partir de quand êtes-vous assuré ?

Les garanties accordées par le contrat et les modifications de contrat prévues par avenant prennent effet, après paiement d'une première cotisation, à la date d'effet figurant sur les Conditions Particulières.

Comment pouvez-vous exercer votre droit à renonciation ?

Dispositions particulières relatives à la fourniture à distance d'opérations d'assurance

Constitue une fourniture d'opération d'assurance à distance, telle que définie par l'article L.112-2-1 du Code des Assurances, la fourniture d'opérations

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.

Il est précisé que, conformément aux dispositions de l'article L.112-2-1 du Code des Assurances, les règles concernant la fourniture d'opération d'assurance à distance :

- ne s'appliquent qu'au premier contrat, pour les contrats à durée déterminée suivis d'autres contrats de même nature, échelonnés dans le temps, sous condition qu'il n'y ait pas plus d'une année entre les deux contrats ;
- ne s'appliquent qu'en vue et lors de la conclusion du contrat initial, pour les contrats renouvelables par tacite reconduction.

Si le contrat a été conclu à la demande du souscripteur, en utilisant une technique de communication à distance ne permettant pas la transmission des informations précontractuelles et contractuelles sur un support papier ou sur un autre support durable, l'assureur ou l'intermédiaire doit exécuter ses obligations de communication immédiatement après la conclusion du contrat.

Le souscripteur, personne physique, qui conclut, à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, un contrat à distance, est informé qu'il dispose d'un délai de quatorze (14) jours calendaires révolus pour renoncer et ce sans avoir à justifier de motif, ni à supporter de pénalité. Ce délai commence à courir soit à compter du jour de la signature des Conditions Particulières, soit à compter du jour où le souscripteur reçoit les conditions contractuelles et les informations conformément à l'article L. 121-20-11 du Code de la Consommation, si cette dernière date est postérieure à la première.

Le souscripteur est informé que le contrat ne peut recevoir commencement d'exécution avant l'arrivée du terme de ce délai sans son accord.

Le souscripteur qui souhaite exercer son droit de renonciation dans les conditions susvisées, peut utiliser le modèle de lettre, inséré dans les présentes, dûment complété par ses soins et envoyé à l'adresse suivante :

MAPA-MUTUELLE D'ASSURANCE
1, rue Anatole-Contré
BP 60037
17411 SAINT-JEAN-D'ANGÉLY CEDEX

«Je, soussigné(e) (NOM-PRÉNOM), demeurant (adresse du souscripteur), déclare renoncer, en application des dispositions de l'article L. 112-2-1 du Code des Assurances, au contrat d'assurance (numéro du contrat), souscrit le (date de la signature des Conditions Particulières), par l'intermédiaire de (nom de l'intermédiaire ayant commercialisé le contrat).

Date (à compléter)
Signature (souscripteur)»

À cet égard, le souscripteur est informé que s'il exerce son droit de renonciation, il sera tenu au paiement proportion-

nel du service financier effectivement fourni, à l'exclusion de toute pénalité, soit un montant calculé selon la règle suivante :

(montant de la cotisation annuelle figurant aux Conditions Particulières du contrat) x 365 / nombre de jours garantis.

Par dérogation, ce droit de renonciation ne s'applique pas :

- aux contrats d'assurance d'une durée maximum d'un mois ;
- aux contrats exécutés intégralement par les deux parties à la demande expresse du souscripteur avant que ce dernier n'exerce son droit de renonciation.

Dispositions particulières relatives à la souscription par voie de démarchage

Le souscripteur, personne physique, qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande et qui signe, dans ce cadre, une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, est informé qu'il dispose de la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze (14) jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalité.

A cet égard, le souscripteur, qui souhaite exercer son droit de renonciation dans les conditions susvisées, peut utiliser le modèle de lettre inséré dans les présentes, dûment complété par ses soins et envoyé à l'adresse suivante :

MAPA-MUTUELLE D'ASSURANCE
1, rue Anatole-Contré
BP 60037
17411 SAINT-JEAN-D'ANGÉLY CEDEX

«Je, soussigné(e) (NOM-PRÉNOM), demeurant (adresse du souscripteur), déclare renoncer, en application des dispositions de l'article L. 112-9 du Code des Assurances, au contrat d'assurance (numéro du contrat), souscrit le (date de la signature des Conditions Particulières), par l'intermédiaire de (nom de l'intermédiaire ayant commercialisé le contrat).

Date (à compléter) Signature (souscripteur)»

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

En cas de renonciation, le souscripteur ne peut 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 résiliation.

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

Il est précisé que, conformément aux dispositions de l'article L. 112-9 du Code des Assurances, ce droit de renonciation ne s'applique pas :

- aux contrats d'assurance d'une durée maximum d'un mois,
- dès lors que le souscripteur a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat.

LA VIE DU CONTRAT

Quelle est sa durée ?

La durée est indiquée aux Conditions Particulières. Le contrat est souscrit pour un an et se renouvelle chaque année au 1er janvier, sauf dénonciation de votre part dans les conditions prévues pages 14 et 15.

Quelles modifications des risques devez-vous nous déclarer en cours de contrat ?

- Vous devez nous déclarer tout changement de situation familiale ou de votre risque, notamment nous déclarer la pratique par au moins un des bénéficiaires d'un ou plusieurs sports à risques tels qu'ils sont définis page 5 des présentes Conditions Générales.
- Nous avons alors la possibilité de vous proposer un contrat ou une cotisation conforme au nouveau risque déclaré.
Si vous ne donnez pas suite à notre proposition ou si vous la refusez dans un délai de 30 jours, nous pouvons résilier votre contrat.

Quelles sont les conséquences des déclarations fausses et incomplètes réalisées lors de la souscription ou durant la vie du contrat ?

Les dispositions suivantes s'appliquent :

- S'il y a eu de votre part réticence ou fausse déclaration intentionnelle, le contrat pourra être déclaré nul :
 - les cotisations déjà réglées nous restent acquises ;
 - et nous demandons le remboursement des indemnités payées par nous à l'occasion d'un sinistre.
- S'il y a eu seulement omission ou déclaration inexacte, sans intention de tromperie, nous avons la faculté :
 - soit de résilier le contrat, auquel cas la résiliation sera effective 10 jours après la date d'envoi de notre lettre recommandée ; dans ce cas, nous rembourserons la fraction de cotisation correspondant à la période non garantie ;
 - soit, pour être conforme au risque réel, de vous proposer un nouveau contrat et/ou de réviser le montant de la cotisation.
- Si la constatation d'une omission ou d'une déclaration inexacte a lieu après sinistre, l'indemnité due au titre du sinistre est réduite en proportion des cotisations payées par rapport aux cotisations qui auraient été dues si le risque avait été complètement et exactement déclaré.

LA COTISATION

Le compte sociétaire

Du jour où vous devenez Sociétaire, un compte est ouvert à votre nom, appelé sur tous les documents : «Compte Sociétaire».

Le droit d'adhésion, perçu une fois pour toutes à la souscription du premier contrat, figure au Compte Sociétaire.

Ce compte regroupe les cotisations pour l'année en cours de tous les contrats souscrits et, éventuellement, les cotisations non encore réglées de l'année précédente.

Les règlements que vous effectuez et les avoirs consécutifs à une modification sont portés au crédit de votre Compte Sociétaire.

Comment est déterminée votre cotisation ?

- La cotisation correspond toujours à un exercice basé sur l'année civile. Lorsqu'il y a assurance au cours de l'année civile, nous appelons la cotisation correspondant à la période garantie de la date d'assurance au 31 décembre, augmentée des taxes en vigueur. De même, lorsqu'il y a résiliation au cours de l'année civile, sauf résiliation pour non-paiement, nous vous remboursons la fraction de cotisation correspondant à la période non garantie de la date de résiliation au 31 décembre, ou nous la portons au crédit de votre Compte Sociétaire.
- La cotisation est fixée d'après vos déclarations et en fonction de la composition de votre famille, de la garantie souscrite et, le cas échéant, de la pratique par au moins un des bénéficiaires d'un ou plusieurs sports à risques définis page 7 des présentes conditions générales.
- En cas de souscription de l'option «accident professionnel», la cotisation tiendra compte de l'activité et du statut professionnel du ou des bénéficiaires.

Comment évolue la cotisation ?

Elle évolue :

- à chaque échéance par décision du Conseil d'Administration, en fonction des résultats techniques.
- lors d'une modification de votre situation familiale ou de votre risque.

Comment et quand régler la cotisation ?

- Dans les 10 jours suivant l'échéance du 1er janvier, vous devez effectuer le règlement des cotisations appelées par avis d'échéance commun à tous les contrats souscrits.
- En cas de paiement fractionné, chaque fraction doit être réglée dans les 10 jours de son échéance. Le paiement fractionné peut entraîner un supplément de cotisation calculé en pourcentage sur les cotisations appelées.

INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

- Les cotisations ou portions de cotisations augmentées des taxes sur les contrats d'assurance sont payables en euros à notre Siège Social.

Qu'arrive-t-il si vous ne payez pas votre cotisation ?

- À défaut du paiement des cotisations indiquées sur votre Compte Sociétaire ou d'une fraction de celles-ci, dans les 10 jours et, indépendamment de notre droit de poursuivre l'exécution du contrat en justice, nous pouvons suspendre les garanties de tous les contrats faisant l'objet d'un appel de cotisation à votre Compte Sociétaire 30 jours après vous avoir adressé, en recommandé, une demande de paiement valant mise en demeure et résiliation. Cette lettre est adressée à votre dernier domicile connu.
- La résiliation pour non-paiement intervient 10 jours après l'expiration du délai de 30 jours mentionné ci-dessus. Si le paiement nous parvient avant la résiliation, y compris le paiement des cotisations venues à échéance depuis l'envoi de la lettre de mise en demeure dans les cas de paiement fractionné, les garanties de tous vos contrats reprennent effet le lendemain à midi du jour de réception de votre paiement.
- **Aucune prestation n'est accordée pour les conséquences des accidents dont l'origine se situe pendant la période de suspension du contrat et cela même si vous réglez ultérieurement la cotisation impayée.**
- Si vos contrats sont résiliés, le paiement des cotisations n'entraîne pas leur remise en vigueur automatique et nous vous ferons connaître notre décision dès que vous aurez réglé.

Rappel de cotisation et/ou ristourne

Rappel de cotisation

Les rappels de cotisations motivés par un excédent de sinistres ou de frais d'un exercice seront exigés de tous ceux dont les contrats étaient alors en cours, même si, depuis, ces contrats ont été résiliés ou ont cessé de s'appliquer pour quelque cause que ce soit.

Les rappels ne peuvent intervenir que dans un délai maximal de deux ans après la clôture de l'exercice concerné.

Le maximum de cotisation complémentaire pour un exercice donné ne peut être supérieur à deux fois le montant de la cotisation appelée pour l'exercice en cause.

Ristourne

Sur proposition du Conseil d'Administration, les excédents de recettes d'un exercice, après constitution des réserves prescrites par les Lois et Règlements en vigueur, peuvent faire l'objet d'une « ristourne » décidée par l'Assemblée Générale qui en fixe également les modalités de répartition.

Les informations recueillies, destinées à la gestion de nos relations, font l'objet d'un traitement informatique par la MAPA Mutuelle d'Assurance et la Matmut Protection Juridique.

Conformément à la Loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, les bénéficiaires disposent d'un droit d'accès, de modification, de rectification, de suppression et d'opposition relatif aux données les concernant par simple demande à :

MAPA-MUTUELLE D'ASSURANCE
Département Qualité
1, rue Anatole-Contré
BP 60037
17411 SAINT-JEAN-D'ANGÉLY CEDEX

L'EXAMEN DES RÉCLAMATIONS

Si vous êtes mécontent·e d'un produit ou d'un service MAPA ou si vous souhaitez exprimer une réclamation, vous pouvez :

- en priorité vous adresser à votre interlocuteur habituel ou au gestionnaire sinistre qui a traité votre dossier.

Il vous répondra ou vous guidera :

- utiliser le formulaire « Contact » sur le site www.mapa-assurances.fr en sélectionnant le libellé Réclamation dans la liste déroulante ;
- envoyer un courrier à :

MAPA - Département Qualité
1 rue Anatole Contré
BP 60037

17411 Saint-Jeand'Angély Cedex.

Une réponse vous sera communiquée personnellement sous deux mois.

Si la réponse ne vous satisfait pas, vous pourrez recourir au médiateur de l'assurance en vous connectant sur : www.mediation-assurance.org ou à l'adresse suivante :

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

LA FIN DU CONTRAT (RÉSILIATION)

Quand et comment pouvez-vous résilier votre contrat ?

Résiliation à l'échéance

Vous pouvez résilier votre contrat chaque année au 31 décembre, moyennant un préavis de deux mois, le délai de résiliation partant de la date figurant sur le cachet de La Poste.

Nous devons vous informer 15 jours avant le 31 octobre que vous pouvez résilier le contrat à l'échéance du 31 décembre moyennant un préavis de deux mois.

A défaut de cette information, nous devons vous signaler avec l'avis d'échéance que vous pouvez dénoncer la reconduction dans un délai de 20 jours suivant la date d'envoi de cet avis. C'est le cachet de La Poste qui figure sur notre envoi qui est pris en compte.

Dans ce cas, la résiliation prend effet :

- au 31 décembre si votre lettre de dénonciation nous parvient avant cette date ;
- au lendemain de la date figurant sur le cachet de La Poste de votre lettre recommandée de dénonciation si celle-ci nous est adressée après le 31 décembre.

Si nous ne vous informons pas de cette possibilité, vous pouvez résilier le contrat à tout moment de l'année, sans pénalité. La résiliation prend effet le lendemain de la date figurant sur le cachet de La Poste de votre lettre de résiliation.

Dans tous les cas de résiliation après l'échéance, vous devez payer la cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a été assuré.

En cas de majoration de la cotisation, dans les 15 jours qui suivent l'échéance du 1er janvier. La résiliation sera effective 30 jours après la date d'envoi de votre demande.

Résiliation en cours d'année

Vous pouvez résilier votre contrat à tout moment de l'année lorsque survient l'un des événements suivants :

- changement de domicile,
- changement de situation matrimoniale ou de régime matrimonial,
- changement d'activité professionnelle ou de statut professionnel, retraite ou cessation d'activité professionnelle,

dès lors que le contrat a pour objet la garantie de risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle.

La demande doit être formulée dans les trois mois suivant la survenance de l'événement. Elle prend effet 30 jours après l'envoi de votre demande.

Résiliation pour sinistre

Vous pouvez mettre un terme à votre contrat si nous avons résilié un autre de vos contrats pour sinistre. Votre

demande doit être faite dans le délai d'un mois à compter de la lettre vous informant de la résiliation de l'autre contrat. La résiliation sera effective 30 jours après la date d'envoi de votre demande.

Forme de la demande de résiliation

Votre demande de résiliation doit nous parvenir à notre Siège Social ou à votre interlocuteur habituel en agence :

- soit par lettre recommandée,
- soit par déclaration contre récépissé.

Quand et comment pouvez-vous résilier votre contrat ?

- Nous pouvons résilier votre contrat :
 - moyennant un préavis de deux mois pendant les deux premières années d'assurance.
 - en cas de non-paiement des cotisations, 10 jours après la suspension du contrat qui intervient un mois après l'envoi de la mise en demeure.
 - en cas d'omission ou d'inexactitude dans la déclaration du risque à la souscription ou en cours de contrat. La résiliation intervient dans les conditions prévues page 12.
 - lorsque survient l'un des événements suivants :
 - › changement de domicile,
 - › changement de situation matrimoniale ou de régime matrimonial,
 - › changement d'activité professionnelle ou de statut professionnel, retraite ou cessation d'activité professionnelle,dès lors que le contrat a pour objet la garantie de risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle.
- La résiliation ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la survenance de l'événement. Elle prend effet 30 jours après qu'elle vous ait été notifiée par lettre recommandée.
- La résiliation vous parviendra par lettre recommandée à votre dernier domicile connu.
- Le point de départ du délai de préavis est déterminé par la date de réception de notre lettre recommandée.

Quand et comment le contrat est résilié de plein droit ?

- Si vous avez atteint l'âge limite prévu page 9, la résiliation est automatique à l'échéance qui suit votre anniversaire.
- En cas de décès du souscripteur. Cependant, si le contrat couvre d'autres personnes, les droits et obligations du souscripteur décédé peuvent, avec notre accord, être transférés à l'une d'entre elles. Le contrat en cours sera résilié et un nouveau contrat sera établi en remplacement. La résiliation intervient :

- à la date du décès si vous êtes le seul assuré ;
- 30 jours après que nous en ayons pris connaissance, si le contrat garantit les membres de votre famille.

- En cas de retrait total de notre agrément (cessation d'activité imposée par l'Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles), la résiliation prendra effet le 40e jour à midi à compter de la publication au Journal Officiel de l'Arrêté portant retrait.

Que deviennent les cotisations en cas de résiliation ?

La fraction de cotisation correspondant à la période non garantie est créditée sur votre Compte Sociétaire ou remboursée.

LES GARANTIES DU CONTRAT

- ▶ **La protection des bénéficiaires**
- ▶ **La défense des intérêts des bénéficiaires :**
la protection juridique des accidents de la vie
- ▶ **L'assistance renforcée :**
l'assistance Relais Santé

LA PROTECTION DES BÉNÉFICIAIRES

Objet de la garantie

Nous garantissons les préjudices corporels résultant d'un événement accidentel survenu pendant la période de validité du contrat et dès lors que ce dernier entraîne :

- soit un déficit fonctionnel permanent médicalement constaté et supérieur ou égal au seuil d'intervention indiqué dans les Conditions Particulières ;
- soit un préjudice esthétique permanent médicalement constaté de 4 et plus sur une échelle de 0 à 7 ;
- soit le décès.

Le montant maximum de la garantie

Le montant maximum de l'indemnisation, tous préjudices confondus, est indiqué aux Conditions Particulières.

Ce montant s'applique par victime résultant du même événement

Les événements accidentels garantis

Les accidents de la vie privée

Nous garantissons les conséquences des dommages corporels résultant d'événements soudains et imprévisibles, individuels ou collectifs, dus à des causes extérieures survenus en dehors des activités professionnelles.

Les accidents médicaux

Nous garantissons les conséquences d'accidents médicaux, causés à l'occasion d'actes chirurgicaux, de prévention, de diagnostic, d'exploration, de traitements pratiqués par des médecins et auxiliaires médicaux visés à 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, lorsque ces actes sont assimilables à ceux référencés dans la Nomenclature Générale des Actes Professionnels ou dans la Classification Commune des Actes Médicaux.

Il y a accident médical lorsqu'un acte ou un ensemble d'actes de caractère médical a eu, sur le bénéficiaire, des conséquences dommageables pour sa santé, anormales et indépendantes de son état antérieur et de l'évolution de l'affection initiale ayant nécessité le recours aux personnels médicaux susvisés.

Le contrat couvre les dommages corporels dont la première manifestation est intervenue entre le jour de prise d'effet du contrat et sa résiliation, pour tout accident médical consécutif à un acte ou un traitement intervenu postérieurement au 1^{er} janvier 2000 pour autant que les conséquences susceptibles de mettre en œuvre la présente garantie n'aient pas été connues de l'assuré ou des ayants droit à la date d'effet du contrat ou de son avenant.

Les accidents dus à des attentats ou des infractions

Nous garantissons les conséquences des dommages corporels dus à des attentats ou d'autres infractions, dont le bénéficiaire a été victime et auxquels il n'a pris intentionnellement aucune

part sauf cas de légitime défense ou d'assistance à personne en danger.

Les accidents dus à des catastrophes naturelles ou technologiques

Nous garantissons les conséquences des dommages corporels occasionnés par :

- l'intensité anormale d'un agent naturel ;
- la survenance d'un accident impliquant la mise en œuvre de la technologie moderne et imputable à des produits, des installations, la pollution, des transports collectifs.

Les accidents de la circulation survenant dans le cadre de la vie privée

Nous garantissons les conséquences des dommages corporels résultant d'un accident de la circulation dans lequel est impliqué un véhicule terrestre à moteur, soumis à l'obligation d'assurance automobile, ainsi que ses remorques ou semi-remorques dans les circonstances suivantes :

- le bénéficiaire est conducteur d'un véhicule dont il n'est pas propriétaire (ni aucun membre de sa famille), il est responsable totalement ou partiellement d'un accident et ne bénéficie d'aucune garantie du conducteur ;
- le bénéficiaire est piéton, cycliste ou passager d'un véhicule terrestre à moteur et victime d'un accident de la circulation survenu à l'étranger. Dans ce cas, l'indemnisation est évaluée selon les règles du droit français, lorsque le responsable des dommages est inconnu ou non assuré ou lorsque son assureur ne garantit pas les dommages corporels ou ne les garantit que partiellement.

Les accidents professionnels (en option)

Selon le secteur d'activité, vous pouvez souscrire l'option « accidents professionnels » sous réserve d'avoir le statut de Travailleur Non Salarié.

Votre conjoint non séparé de corps ou de fait peut également en bénéficier à condition d'avoir le statut de Conjoint Collaborateur ou de Participant Volontaire.

Lorsque cette option est prévue aux Conditions Particulières, nous garantissons les conséquences des dommages corporels résultant d'événements accidentels survenus dans le cadre :

- de l'activité professionnelle,
- de l'exercice d'une fonction syndicale ou élective professionnelle, en relation avec l'activité et le statut professionnels définis aux Conditions Particulières.

La garantie est étendue à l'accident de trajet à l'exclusion de ceux résultant d'un accident de la circulation dans lequel est impliqué un véhicule terrestre à moteur soumis à l'obligation d'assurance automobile, ainsi que ses remorques ou semi-remorques.

Le maintien de cette option est subordonné à l'exercice de l'activité et du statut professionnels déclarés aux Conditions Particulières.

Vous devez nous déclarer toutes modifications survenues en cours de contrat.

Au titre de cette option nous ne garantissons pas :

- les maladies professionnelles ;

LA DÉFENSE DES INTÉRÊTS DES BÉNÉFICIAIRES :

la protection juridique des accidents de la vie

- les accidents survenant dans le cadre d'une activité salariée quelle qu'elle soit ;
- les accidents survenant lors de l'exercice d'une profession ou d'un statut professionnel non déclarés aux Conditions Particulières.

Les préjudices indemnisés

- **En cas de blessures**, lorsque des séquelles subsistent et qu'elles sont constatées par un expert médical, les différents postes donnant lieu à indemnisation sont :
 - **le déficit fonctionnel permanent** : il s'agit de la réduction définitive du potentiel physique ou intellectuel résultant d'une atteinte à l'intégrité d'une personne, dont l'état est considéré comme médicalement consolidé ;
 - **les pertes de gains professionnels futurs** : il s'agit de la perte ou de la diminution des revenus du bénéficiaire consécutive au déficit fonctionnel permanent auquel il peut être confronté dans la sphère professionnelle ;
 - **l'assistance permanente par tierce personne** : lorsque son invalidité ne permet pas au bénéficiaire de mener une vie autonome et qu'il a besoin d'être assisté par une tierce personne dans l'accomplissement des actes de la vie quotidienne ;
 - **les frais de logement adapté et/ou de véhicule adapté** : lorsque le handicap du bénéficiaire nécessite l'aménagement de son domicile (exemple : rampe d'accès) et/ou de son véhicule ;
 - **le préjudice esthétique permanent** : il s'agit d'une disgrâce physique consécutive à l'accident comme, par exemple, une cicatrice, une déformation, une claudication et, plus généralement, toutes les atteintes physiques et les éléments de nature à altérer l'apparence physique ;
 - **les souffrances endurées** : il s'agit de toutes les souffrances physiques et psychiques, ainsi que les troubles associés, que le bénéficiaire endure du jour de l'accident à celui de la consolidation ;
 - **le préjudice d'agrément** : il s'agit de l'impossibilité définitive pour le bénéficiaire d'exercer une activité sportive, de loisirs ou culturelle, exercée auparavant de façon régulière et soutenue.
- **En cas de décès**, les différents postes donnant lieu à indemnisation sont :
 - **les frais d'obsèques** : il s'agit des frais d'obsèques et de sépulture pris en charge par les proches, du fait du décès du bénéficiaire ;
 - **les pertes de revenus des proches** : il s'agit de la perte de revenus résultant pour les ayants droits du décès du bénéficiaire ;
 - **les frais divers des proches** : il s'agit des frais divers (transport, hébergement, restauration) que les proches ont pu engager à l'occasion du décès du bénéficiaire ;
 - **le préjudice d'affection** : il s'agit de la souffrance morale des ayants droit, du fait du décès du bénéficiaire.

Objet de la garantie

La garantie est destinée à permettre au bénéficiaire de disposer d'une assistance et d'une protection juridiques en cas de litige ou de différend lié aux accidents corporels garantis et qui l'oppose à un tiers.

Définitions spécifiques à la garantie

Conflit d'intérêts

Il y a conflit d'intérêts lorsque nous accordons également notre garantie protection juridique à la personne dont les intérêts sont opposés à ceux du bénéficiaire.

Dépens

Les frais dont le coût est réglementé et tarifé par une loi ou un décret, engagés à l'occasion d'une action judiciaire.

Frais irrépétibles

Les frais que vous engagez personnellement afin de défendre vos intérêts en justice et susceptibles de faire l'objet d'une indemnisation par le juge au titre des articles 700 du Code de Procédure Civile, 375 et 475-1 du Code de Procédure Pénale ou L 761-1 du Code de la Justice Administrative

Sinistre

Constitue un sinistre, au sens de la présente garantie, le litige ou le différend concrétisé par le refus opposé à une réclamation dont le bénéficiaire est l'auteur ou le destinataire.

Litiges ou différends garantis

Il s'agit des litiges ou différends liés à un accident garanti définis ci-dessous :

- le licenciement abusif de la part de l'employeur en raison des séquelles que présente le bénéficiaire ;
- les échéances d'un prêt qui ne sont pas prises en charge par l'assureur en cas de décès ou lorsque le bénéficiaire est dans l'incapacité d'exercer une activité quelconque lui procurant gains ou profits ;
- la contestation sur la détermination ou le versement d'une rente par un organisme de prévoyance ;
- les malfaçons, défauts constatés lors du réaménagement du véhicule ou de l'habitation nécessaire à un handicap ;
- une mauvaise prestation de la tierce personne sous réserve que cette dernière soit un tiers.

Sont exclus des litiges ou différends garantis ceux :

- dont les éléments constitutifs étaient connus du bénéficiaire antérieurement à la souscription du présent contrat,
- ayant un intérêt financier inférieur à 150 € ou nécessitant une intervention devant les tribunaux lorsque la somme en principal, à récupérer ou que le bénéficiaire est susceptible de payer, est inférieure à 760 €,
- nous opposant au bénéficiaire (ou à l'une de nos

filiales),

- relevant du Conseil d'Etat ou de la Cour de Cassation et ayant un intérêt financier inférieur à 3 000 €,
- relevant d'instances communautaires ou internationales.

Contenu de la garantie

Nous nous engageons à :

- assurer la défense du bénéficiaire en cas de réclamation amiable ou contentieuse d'un tiers ;
- réclamer l'indemnisation du préjudice subi par le bénéficiaire, la restitution de ses biens et la reconnaissance de ses droits ;

Pour ce faire :

- nous fournissons au bénéficiaire les avis et services appropriés à la recherche d'une solution amiable ; en cas de conflit d'intérêts, il peut, tout en bénéficiant de la garantie, choisir un avocat ou une personne qualifiée pour l'assister dès la phase amiable du dossier.
- en cas d'échec de la procédure amiable, lorsque le recours du bénéficiaire ou sa défense nécessite une action en justice, nous participons à la prise en charge des frais et honoraires de l'avocat et/ou de la personne qualifiée saisie pour défendre ses intérêts. Si le bénéficiaire saisit lui-même l'avocat et/ou la personne qualifiée chargée de défendre ses intérêts, il est tenu de respecter l'obligation de déclaration prévue au paragraphe « LES OBLIGATIONS EN CAS DE SINISTRE » page 30.

Honoraires et frais pris en charge

Notre indemnisation est limitée aux plafonds et montants garantis indiqués sur l'annexe jointe au contrat :

Nous couvrons :

- pour défendre le bénéficiaire et faire valoir ses droits à l'amiable :
 - les frais relatifs aux avis et services que nous fournissons ;
 - les frais et honoraires de l'avocat que le bénéficiaire a choisi, mais seulement en cas de conflit d'intérêts et/ou lorsque son adversaire est défendu lui-même par un avocat.
- pour défendre et faire valoir ses droits en justice :
 - les frais et honoraires de la personne qualifiée et/ou de l'avocat en charge de ses intérêts ;
 - les frais de procédure ;
 - les sommes qui pourraient être mises à sa charge au titre des dépens et/ou des frais irrépétibles.

Ces frais, honoraires et sommes sont pris en charge :

- si l'action qui en est la cause a été décidée en accord avec nous ou a été admise par une décision d'arbitrage prévue page 27 ;
- si le bénéficiaire n'opte pas pour la solution que nous lui proposons ou ne suit pas l'avis de l'arbitre pour le litige ou le différend qui est à leur origine et a obtenu une décision de justice plus favorable à ses intérêts ;
- s'il y a un conflit d'intérêts.

En revanche ces honoraires, frais et sommes ne sont jamais pris en charge s'ils ont été engagés avant la déclaration du sinistre, sauf s'ils ont été rendus nécessaires par une mesure conservatoire d'urgence.

Les cautions pénales, les dommages et intérêts, les amendes, leurs accessoires et majorations ainsi que les frais de recouvrement auxquels pourrait être condamné le bénéficiaire, le droit de recouvrement ou d'encaissement à la charge du créancier prévu à l'article 10 du décret du 12 décembre 1996 portant fixation du tarif des huissiers de justice en matière civile et commerciale ne sont jamais pris en charge.

L'ASSISTANCE

RENFORCÉE :

l'assistance Relais Santé

Garanties d'assistance

Les garanties d'assistance sont détaillées dans la notice d'information « ASSISTANCE RELAIS SANTÉ » qui vous a été remise lors de la souscription du contrat.

Ces garanties sont mises en œuvre par Groupe IMA (Inter Mutuelles Assistance).

Le service d'assistance MAPA-MAB est accessible

7 jours/7 et 24 heures/24 aux numéros suivants :

0 800 17 16 17

Service & appel
gratuits

Depuis l'étranger : +33 5 49 34 76 17

Pour les personnes sourdes et malentendantes SMS :
06 07 34 65 67 (depuis la France).



LES EXCLUSIONS GÉNÉRALES DU CONTRAT

LES EXCLUSIONS GÉNÉRALES DU CONTRAT

Nous ne garantissons pas les conséquences des accidents :

- causés par des maladies n'ayant pas pour origine un accident garanti ;
- subis à l'occasion d'activités professionnelles, électives, syndicales ou d'accidents de trajets tels que définis par le Code de la Sécurité Sociale, sauf si l'option «accidents professionnels » est souscrite ;
- subis à l'occasion des activités associatives et sportives donnant lieu à rémunération, ou de fonctions publiques ;
- subis à l'occasion de stages en milieu professionnel, définis par une convention de stage et quelle que soit la qualité du stagiaire ;
- résultant d'un accident de la circulation dans lequel est impliqué un véhicule terrestre à moteur, soumis à obligation d'assurance, ainsi que ses remorques ou semi-remorques (à l'exception des cas prévus page 21 des présentes Conditions Générales), autres que les véhicules ferroviaires et les tramways circulant sur des voies qui leur sont propres ;
- résultant du suicide, de la tentative de suicide, de la mutilation volontaire ou d'acte intentionnel du bénéficiaire victime ;
- résultant de votre participation à un crime, à un délit intentionnel, à une rixe, sauf cas de légitime défense ou d'assistance à personne en danger ;
- résultant des expérimentations biomédicales ;
- provenant de la guerre civile ou étrangère ;
- dus aux effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation, provenant de transmutations de noyaux d'atomes ou de la radioactivité, ainsi que ceux dus aux effets de radiations provoqués par l'accélération artificielle de particules.

Nous ne garantissons pas les accidents de la circulation survenus dans le cadre de la vie privée (tels que définis en page 18 du présent contrat) lorsque :

- le conducteur du véhicule, au moment du sinistre, n'est pas titulaire du permis de conduire exigé par la réglementation en vigueur ;
- le conducteur du véhicule, au moment du sinistre, se trouve en état d'ivresse ou sous l'emprise d'un état alcoolique (le seuil étant fixé par l'article R 234-1 du Code de la Route) ou sous l'influence de substances ou plantes classées comme stupéfiants, sauf si les bénéficiaires peuvent prouver que le sinistre est sans relation avec cet état ;
- le conducteur refuse de se soumettre aux vérifications obligatoires du taux d'alcoolémie après l'accident.

Ne sont jamais garantis :

- le préjudice du (ou des) ayant(s) droit ayant causé ou provoqué intentionnellement le décès ;
- les postes de préjudice non énumérés à la rubrique «LES PRÉJUDICES INDEMNISÉS» page 19.

LES SINISTRES ET INDEMNITÉS

- ▶ Les obligations en cas de sinistre
- ▶ Le règlement du sinistre
- ▶ Subrogation
- ▶ Prescription

LES OBLIGATIONS EN CAS DE SINISTRE

Le bénéficiaire, ou à défaut ses ayants droit, doivent :

- **déclarer** :
 - dans un délai maximal de cinq jours après sa survenance tout événement pouvant donner lieu à indemnisation ;
 - en ce qui concerne la protection juridique, tout litige ou différend dès qu'ils en ont connaissance ;
- **adresser**, dans les cinq jours suivant notre demande, toutes pièces justificatives nous permettant d'apprécier la nature, la cause et les conséquences de l'accident ;
- **répondre**, dans les cinq jours, à toutes nos demandes concernant l'accident et préciser la date à laquelle a eu lieu la première constatation médicale ;
- **accepter**, sauf opposition médicale justifiée, de se soumettre à un contrôle ou une expertise médicale chaque fois que nous le jugeons nécessaire, les frais et honoraires en découlant restant à notre charge. Le bénéficiaire peut, à ses frais, se faire assister de son médecin traitant ou d'un autre médecin de son choix ;
- **fournir** à notre médecin tous les éléments, certificats médicaux, lui permettant de se faire une opinion sur la nature, l'origine et le pronostic des séquelles éventuelles, ainsi que tous les documents médicaux jugés utiles pour l'appréciation de la demande d'indemnités. Les documents concernant son état de santé doivent être adressés, sous pli cacheté, à l'attention de notre service médical, qui, seul, en prendra connaissance et ne communiquera que les instructions nécessaires à la gestion du dossier ;
- **permettre** à nos représentants d'effectuer toute mission que nous leur aurons confiée ;
- **nous indiquer** la souscription d'autres contrats d'assurance à caractère indemnitaire ;
- **nous retourner** dûment remplis tous les documents nécessaires à l'instruction du dossier ;
- **ne pas engager de frais** sans nous avoir consultés au préalable.

Qu'arrive-t-il en cas de non-respect de ces obligations ?

Le bénéficiaire ou ses ayants droit sont déchus de tout droit à indemnité pour le sinistre en cause si :

- il est établi que le retard dans les déclarations nous a causé un préjudice, sauf cas fortuit ou de force majeure ;
- ils font, en connaissance de cause, de fausses déclarations sur la nature, les causes, les circonstances ou les conséquences d'un accident

dans le but d'obtenir des indemnités indues ;

- ils refusent de se soumettre au contrôle ou à l'expertise médicale prévue ci-dessus.

Dans tous les autres cas où ils ne respectent pas leurs obligations, sauf cas fortuit ou de force majeure, nous pouvons leur réclamer une indemnité proportionnelle au préjudice que ce manquement nous aura fait subir.

LE RÉGLEMENT DU SINISTRE

Les postes de préjudices indemnisés

Seuls les postes de préjudices énumérés ci-après (définis en page 22 des présentes Conditions Générales) sont garantis.

- En cas d'accident entraînant un déficit fonctionnel permanent au moins égal au seuil d'intervention indiqué aux Conditions Particulières, nous indemnisons :
 - le déficit fonctionnel permanent ;
 - les pertes de gains professionnels futurs ;
 - l'assistance permanente par tierce personne ;
 - les frais de logement adapté et/ou de véhicule adapté ;
 - le préjudice esthétique permanent ;
 - les souffrances endurées ;
 - et le préjudice d'agrément.
- En cas d'accident entraînant le décès de l'un des bénéficiaires désigné au contrat, nous indemnisons :
 - les frais d'obsèques ;
 - les pertes de revenus des proches ;
 - les frais divers des proches ;
 - et le préjudice d'affection.

La détermination médico-légale des préjudices

- Nous désignons un médecin-expert, diplômé de la réparation du dommage corporel.

Il fixe :

- le taux de déficit fonctionnel permanent subsistant après consolidation des blessures sur une échelle de 1 à 100 ;
- le préjudice esthétique permanent et les souffrances endurées sur une échelle de 0 à 7 ; et l'importance du préjudice d'agrément.

Il donne toutes précisions utiles sur la réalité de l'incidence professionnelle.

Il indique la nature et l'importance de l'assistance par tierce personne, en s'entourant des conseils de tout spécialiste, les besoins d'aménagements.

Cet expert se réfère au dernier « Barème indicatif des déficits fonctionnels séquellaires en Droit Commun ».

Lors de l'expertise médicale, le bénéficiaire a la possibilité de se faire assister, à ses frais, d'un médecin de son choix. Le médecin-expert doit adresser au bénéficiaire un double du rapport d'expertise médicale dans les vingt jours qui suivent la date de l'expertise.

En cas de litige relatif à :

- **la détermination médico-légale des préjudices à indemniser :**

Nous pouvons décider, d'un commun accord, de confier l'expertise à un médecin agissant en qualité de tiers expert.

En cas de désaccord sur le choix du tiers expert ou sur les conclusions de l'expertise, les parties peuvent convenir de faire désigner un médecin par le président du tribunal de grande instance. Ce dernier est saisi à nos frais par requête signée des deux parties ou d'une seule seulement, l'autre ayant été convoquée par

lettre recommandée.

Le médecin-expert doit adresser au bénéficiaire un double du rapport de l'expertise médicale dans les vingt jours qui suivent la date de l'expertise.

- **la Protection Juridique**

En cas de désaccord à l'occasion du règlement d'un litige ou différend, le bénéficiaire peut recourir à la procédure d'arbitrage.

Un arbitre est désigné d'un commun accord par les parties ou, à défaut, par le président du tribunal de grande instance du domicile du bénéficiaire, statuant en la forme des référés.

Les frais exposés pour la mise en œuvre de cette procédure sont à notre charge, sauf décision contraire du président du tribunal de grande instance statuant en la forme des référés.

Les parties s'engagent à accepter les conclusions de l'arbitre.

L'évaluation de l'indemnité

- Les postes de préjudices sont indemnisés selon les règles d'évaluation du Droit Commun en tenant compte de la situation particulière de chaque victime (par exemple : âge, profession, revenus) et de la jurisprudence habituelle au moment du sinistre du tribunal compétent au regard du lieu du domicile du bénéficiaire.

L'évaluation du préjudice a donc, dans ces conditions, un caractère indemnitaire.

L'indemnité est déterminée amiablement, en toute bonne foi, entre les parties.

- **En cas d'aggravation**, l'évaluation de l'état séquellaire du bénéficiaire, 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 une indemnisation à minima lorsqu'une différence du taux de déficit fonctionnel permanent (DFP) est constatée.

L'indemnisation doit prendre en compte le différentiel du dommage évalué sur la base de la valeur obtenue après aggravation.

Deux cas sont possibles :

- soit le taux de DFP était inférieur au seuil de déclenchement de la garantie, mais suite à l'aggravation le taux de DFP dépasse ce seuil. La victime sera indemnisée pour la globalité de son préjudice sur la base du nouveau taux retenu ;
- soit le bénéficiaire a été indemnisé car son taux de DFP dépassait le seuil de déclenchement. Il recevra une indemnisation complémentaire égale :
 - › à la différence entre les taux de DFP retenus avant et après aggravation,
 - › multipliée par la valeur du point de DFP en vigueur au moment du règlement complémentaire.

Cette indemnisation devra intervenir, à la suite de la demande du bénéficiaire, dans un délai de 10 ans, à compter de la première manifestation de l'aggravation.

Le cumul des indemnités successives ne peut dépasser le plafond de garantie indiqué aux Conditions Particulières.

Le non-cumul des indemnités

- Lorsque l'événement, objet de la garantie, est susceptible de donner lieu à recours contre un tiers, assuré ou non, ou entre dans le champ d'intervention d'un fonds d'indemnisation, nous intervenons en priorité vis-à-vis du bénéficiaire victime ou de ses ayants droit en cas de décès de ce dernier.

Nous nous engageons à préciser à la victime les démarches nécessaires pour obtenir l'indemnisation des postes de préjudices non garantis par le contrat ou lorsque le plafond de garantie est dépassé.

- **Si, à la suite d'un accident, le bénéficiaire décède des suites de ses blessures pour lesquelles nous avons réglé des indemnités au titre des préjudices subis, les prestations dues en cas de décès sont versées sous déduction des sommes déjà réglées.** La répartition du disponible entre les ayants droit se fait en proportion de leurs droits respectifs aux indemnités.

Si les indemnités réglées au titre des préjudices en cas de blessures sont supérieures à celles qui auraient été dues au titre du décès, elles restent acquises aux ayants droit.

- Les remboursements et versements effectués ou dus par des organismes sociaux et tiers payeurs ne se cumulent pas avec notre propre indemnisation.

Le bénéficiaire ou ses ayants droit s'engagent :

- à faire intervenir, au préalable, les organismes cités ci-dessus auprès desquels l'accident doit être déclaré,
- et à porter à notre connaissance ces prestations dès qu'elles leur ont été notifiées.

Ces prestations viennent en déduction de l'indemnité due au titre du présent contrat. Nous versons un complément s'il y a lieu.

Les délais d'indemnisation

Lorsque la garantie s'applique, 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, à condition que le bénéficiaire ou ses ayants droit aient communiqué l'état des prestations perçues ou à percevoir.

Dans le cas où le médecin-expert ne peut conclure de façon définitive, mais estime que le déficit fonctionnel permanent directement imputable à l'accident dépassera le seuil d'intervention, une offre provisionnelle doit être faite dans le mois suivant la date de communication du rapport médical.

Le paiement des sommes convenues doit intervenir dans un délai d'un mois à partir de l'acceptation de l'offre.

Il est précisé que, dans le cas d'un accident de la circulation tel que visé page 18 des présentes Conditions Générales, si l'accident a fait l'objet d'un procès-verbal d'enquête de Police, de Gendarmerie, de CRS ou d'une instruction confiée à un magistrat sur requête du procureur de la République, nous nous réservons le droit de surseoir à tout

règlement jusqu'à obtention des pièces de procédure, si elles apparaissent de nature à conditionner l'application de la garantie.

La forme du versement de l'indemnisation

L'indemnisation est versée sous forme de capital, dans la limite du montant indiqué aux Conditions Particulières.

Ce montant s'applique par victime résultant du même événement.

SUBROGATION

Il s'agit de notre droit à récupérer auprès du responsable d'un sinistre les sommes que nous avons payées en application des dispositions des articles L 121-12, L 211-25 et L 131-2 du Code des Assurances.

- En cas de responsabilité totale d'un tiers, quel qu'il soit, les indemnités seront versées à titre d'avance sur la réparation attendue de ce tiers, dans le cadre du recours exercé contre lui.
Ces avances seront, le cas échéant, récupérables sur les indemnités obtenues, poste par poste, lors du recours que nous exercerons pour notre compte.
- En cas de responsabilité partielle d'un tiers, nous intervenons au titre des postes de préjudices garantis, pour la part du préjudice (poste par poste) restée à la charge du bénéficiaire ou de ses ayants droit après l'application du partage de responsabilité.
Les indemnités seront versées à titre d'avance sur la réparation attendue de ce tiers.
- En cas de responsabilité d'un tiers, le bénéficiaire ou ses ayants droit doivent, dans les suites du dossier, nous inviter à participer aux transactions provisionnelles et définitives ou nous appeler à intervenir à l'instance en cas de procédure judiciaire.
À défaut, nous sommes en droit d'exercer une action en répétition de l'avance consentie.
- Pour la garantie protection juridique, toute somme obtenue en remboursement des dépens, des frais et honoraires exposés pour le règlement du litige ou du différend revient au bénéficiaire ou ses ayants droit par priorité, lorsqu'à ce titre des dépenses sont restées à leur charge. Elles sont versées dès règlement par la partie qui succombe.
Nous sommes subrogés au bénéficiaire ou ses ayants droit dans les conditions prévues aux articles L 121-12 et L 127-8 du Code des Assurances dans les autres cas.
- En tout état de cause, si, du fait du bénéficiaire ou de ses ayants droit, la subrogation est devenue impossible, notre garantie ne s'applique pas.

PRESCRIPTION

- **Toute action dérivant du contrat se prescrit par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance dans les conditions déterminées par les articles L 114-1, L 114-2 et L 114-3 du Code des Assurances.**
Ce délai est, toutefois, porté à 10 ans lorsque les bénéficiaires de l'indemnité sont les ayants droit de l'assuré décédé.
Néanmoins, ce délai ne court :
 - lorsque le sinistre réside dans la survenance de l'état d'incapacité ou d'invalidité du sociétaire, qu'au jour de la consolidation de l'état ;
 - en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où nous en avons eu connaissance ;
 - en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.
- Quand l'action du bénéficiaire ou celle de ses ayants droit à notre encontre a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action contre eux ou a été indemnisé par nos soins.
- La prescription peut être interrompue :
 - par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription, notamment :
 - › la reconnaissance par le débiteur du droit du créancier (article 2240 du Code Civil) ;
 - › une demande en justice, même en référé, même portée devant une juridiction incompétente ou annulée par l'effet d'un vice de procédure (article 2241 du Code Civil) ;
 - › un acte d'exécution forcée (article 2244 du Code Civil).
 - par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque ;
 - par notre envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception à l'attention du bénéficiaire ou ses ayants droit en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation ;
 - par notre envoi ou celui de votre ayant droit d'une lettre recommandée avec accusé de réception à notre attention en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.



POLITIQUE DE PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

LA POLITIQUE DE PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Les données recueillies vous concernant sont collectées et traitées par votre Mutuelle d'Assurance, qui intervient en qualité de responsable de traitement, sous contrôle de son délégué à la protection des données.

Pour la passation, la gestion, l'exécution de vos contrats d'assurance, l'intérêt légitime de votre Mutuelle d'Assurance, ainsi que la gestion commerciale de ses clients, l'amélioration de la qualité de ses services, l'évaluation et la formation de ses conseillers, votre assureur doit recueillir et utiliser des données personnelles vous concernant. Elles peuvent également être utilisées dans les procédures de lutte contre la fraude et contre le blanchiment/financement du terrorisme. Ces procédures s'effectuent dans le cadre de l'intérêt légitime de l'assureur qui a pour obligation de protéger la mutualité des assurés, et de répondre aux exigences de sécurité imposées par la loi.

- Lutte contre le blanchiment / financement du terrorisme : vos données peuvent être transmises aux autorités compétentes, conformément à la réglementation en vigueur.
- Lutte contre la fraude à l'assurance : le dispositif peut conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.

Vos données peuvent être recueillies en ligne, sur supports papiers ou électroniques, ou par enregistrement vocal lors d'un appel téléphonique.

Les destinataires de vos données sont : les personnels de la Mutuelle d'Assurance, ses prestataires, partenaires, réassureurs, s'il y a lieu les organismes d'assurance ou les organismes sociaux des personnes impliquées, les intermédiaires d'assurance, ainsi que les personnes intéressées au contrat.

Nous pouvons être amenés à mettre en œuvre des traitements de profilage pour, par exemple, évaluer les risques et établir des tarifs.

Vos données seront conservées le temps nécessaire à l'exécution du contrat et la gestion de notre relation commerciale. Elles sont ensuite archivées selon les durées de prescriptions légales.

Vous disposez du droit de prendre connaissance des informations dont nous disposons vous concernant et de demander à les corriger, notamment en cas de changement de situation.

Vous disposez également du droit de demander d'effacer ou de limiter l'utilisation de vos données, dans la limite des contraintes légales liées à la gestion de votre contrat.

Vous pouvez également vous opposer à l'utilisation de vos données, notamment concernant la prospection commerciale.

Enfin, vous pouvez récupérer dans un format structuré les données que vous nous avez fournies lorsque ces dernières sont nécessaires au contrat ou lorsque vous avez consenti à leur utilisation.

Pour l'exercice de ces droits, vous pouvez adresser votre demande à

MAPA - Département Qualité
1, rue Anatole-Contré
BP 60037

17411 SAINT JEAN D'ANGÉLY CEDEX.

Après avoir fait une demande, si vous n'avez pas obtenu satisfaction, vous pouvez vous adresser à la CNIL :

- sur le site www.cnil.fr,
- ou par courrier à Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) - 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.

Un justificatif d'identité doit être joint à la demande.

