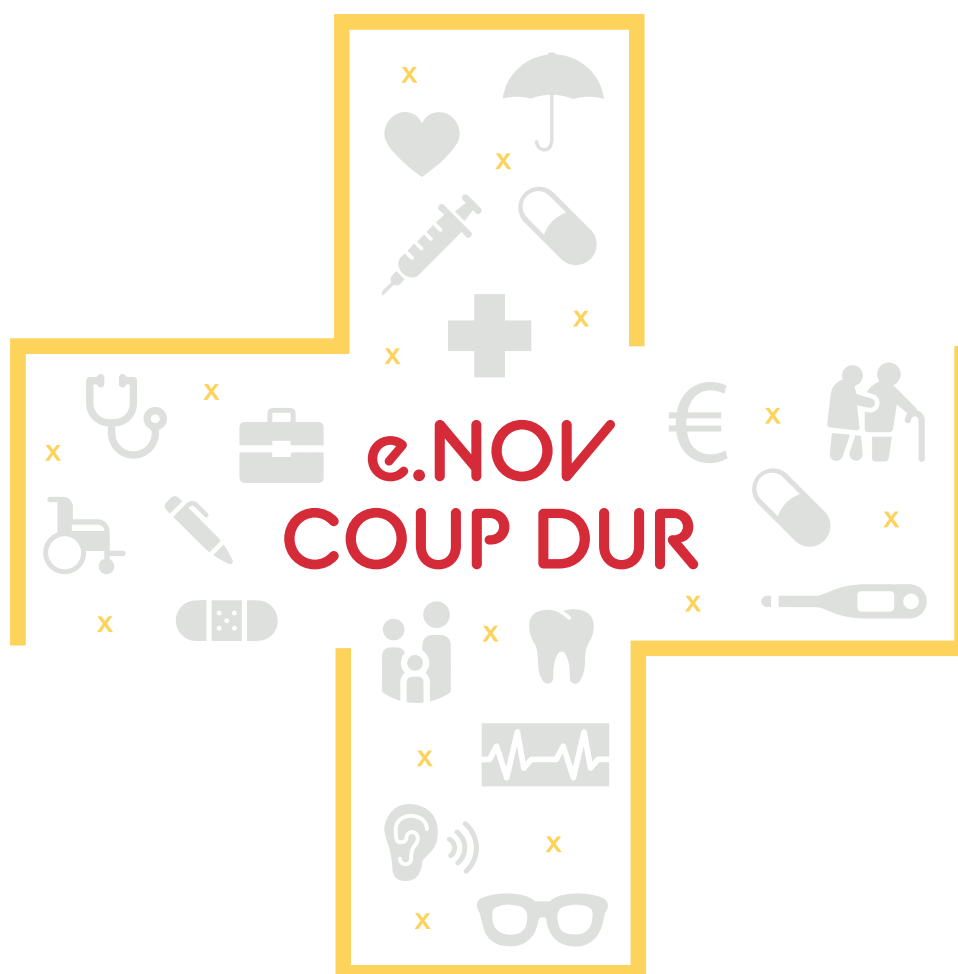




CONDITIONS GÉNÉRALES



www.novelias.fr

e.NOV COUP DUR

VOS CONDITIONS GÉNÉRALES

Pour vous offrir un contrat d'assurance de qualité au meilleur prix, nous avons conçu des formules de garanties adaptées qui prennent soin de vous.

Le document d'information présentant le produit d'assurance ou DIP conformément à la Directive sur la Distribution des Assurances (UE) 2016/97, vous a été remis lors de la souscription de votre contrat, afin de vous informer sur les principales garanties et exclusions du produit.

Le contrat auquel vous venez de souscrire est composé :

- › des Conditions Générales,
- › des Conditions Particulières.

Afin de profiter pleinement des garanties que vous avez sélectionnées, nous vous invitons à les lire attentivement.

• Des Conditions Particulières

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

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

• Des présentes Conditions Générales

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

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

Ces documents sont à conserver précieusement.

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

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

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

Le souscripteur déclare pouvoir justifier d'une adresse principale fixe en France métropolitaine, conforme à ses déclarations figurant sur les Conditions Particulières, à l'exclusion de :

- › la Corse,
- › la France d'Outre-Mer,
- › la principauté de Monaco,
- › la principauté d'Andorre.

SOMMAIRE

1. DÉFINITIONS	5
2. LES GARANTIES D'ASSURANCE	8
2.1. Les modalités d'application du socle de base	8
2.2. Les modalités d'application des options	11
2.3. La formation et la vie de votre contrat	13
2.4. Dispositions diverses	15
3. CONVENTION D'ASSISTANCE	18
Préambule	18
3.1. Conditions d'intervention	18
3.2. Conditions et modalités d'application de la convention d'assistance	18
3.3. Définitions	19
3.4. Garanties en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation de l'assuré ou de son conjoint	19
3.5. Garanties complémentaires en cas d'immobilisation de l'assuré ou de son conjoint	20
3.6. Garanties complémentaires en cas d'hospitalisation de l'assuré ou de son conjoint	20
3.7. Garanties complémentaires en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation d'un parent	21
3.8. Garanties en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation d'un enfant	22
3.9. Informations & conseils	22
3.10. Garanties en cas d'accident lourd avec perte d'autonomie	22
3.11. Garanties complémentaires en cas d'accident lourd avec perte d'autonomie, adultes enfants	24
3.12. Garanties d'assistance aux personnes en déplacement en cas d'accident corporel	25
3.13. Garanties en cas de décès suite à un accident en France ou à l'étranger	26
3.14. Les exclusions	26
3.15. Vie du contrat	28

QUELQUES CONSEILS

- **Votre situation personnelle a changé**

Si des éléments viennent à modifier les informations enregistrées dans votre contrat :

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

Contactez votre assureur conseil au numéro de téléphone indiqué sur vos Conditions Particulières.

- **Que faire en cas d'accident ?**

Contactez rapidement le Service Indemnisations afin de déclarer votre accident par téléphone au **0 970 80 93 66** (appel non surtaxé, coût selon votre opérateur de téléphonie).

Si vous avez besoin d'assistance, n'hésitez pas à contacter l'assisteur au **05 49 34 80 86** (appel non surtaxé - coût selon votre opérateur de téléphonie), son intervention vous apportera l'aide dont vous avez besoin.

Prévoir les risques, c'est mieux vous protéger

Des précautions simples contre les accidents du quotidien :

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

1. DÉFINITIONS

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

• **ALD 30** : une affection ALD 30 est une affection dont la gravité et/ou le caractère chronique nécessitent un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse et pour lesquelles le ticket modérateur est supprimé.

La liste des Affections Longues Durées ALD 30, est établie par le ministre de la Santé et fixée par l'article D. 322-1 du Code de la Sécurité sociale. Elle a été actualisée par le décret n° 2011-77 du 19 janvier 2011 et par le décret n° 2011-726 du 24 juin 2011.

• **ALD 31** : une affection dite « hors liste », ALD 31, est une forme grave d'une maladie ou une forme évolutive ou invalidante d'une maladie grave ne figurant pas sur la liste des ALD 30, comportant un traitement prolongé d'une durée prévisible supérieure à six mois et une thérapeutique particulièrement coûteuse (exemples : maladie de Paget, les ulcères chroniques ou récidivants avec retentissement fonctionnel sévère).

• **ALD 32** : une affection ALD 32, est une polypathologie, c'est à-dire plusieurs affections entraînant un état pathologique invalidant nécessitant des soins continus d'une durée prévisible supérieure à six mois.

• **AN** : s'entend par année d'adhésion.

• **ASSISTEUR** : société assurant et réalisant les prestations d'assistance.

• **ASSURÉ** : sont « assurés » au sens du contrat et selon votre choix de couverture :

- › le souscripteur ou vous,
- › le conjoint, concubin ou partenaire de Pacte Civil de Solidarité (Pacs) non séparé de corps ou de fait,
- › leurs enfants mineurs légitimes, naturels ou adoptifs, leurs enfants majeurs fiscalement à charge,
- › les petits-enfants mineurs gardés bénévolement et de façon non permanente par leurs grands-parents. Les petits-enfants doivent avoir un lien direct avec le souscripteur (considéré comme grand-parent) ou son conjoint/concubin/partenaire de Pacte Civil de Solidarité (Pacs) non séparé de corps ou de fait.

Pour être « garanti », l'assuré doit avoir sa résidence principale en France métropolitaine à l'exclusion de :

- › la Corse,
- › la France d'Outre-Mer,
- › la principauté de Monaco,
- › la principauté d'Andorre.

• **ASSUREUR** :

› **Nom et adresse de la société d'assurance** : Suravenir Assurances, entreprise régie par le Code des assurances, société anonyme au capital entièrement libéré de 45 323 910 €, siège social : 2 rue Vasco de Gama - Saint-Herblain - 44931 Nantes cedex 9, immatriculée au RCS Nantes 343 142 659. Société soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris cedex 9.

› **Distributeur** : Novélia, société anonyme au capital de 1 000 000 €, 30 boulevard de la Tour d'Auvergne - CS 86523 - 35065 Rennes cedex, société de courtage en assurances, n° Orias 07 001 889, vérifiable auprès de l'Orias (www.orias.fr), Siren B 383 286 473 RCS Rennes. Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris cedex 9). Novélia commercialise ce contrat dans le cadre d'un partenariat de distribution avec Suravenir Assurances.

› **Nom et adresse de la société d'assistance** : les garanties Assistance sont fournies par IMA Assurances, société anonyme au capital de 7 000 000 € entièrement libéré, entreprise régie par le Code des assurances, dont le siège social est situé 118 avenue de Paris - CS 40000 - 79033 Niort cedex 9, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Niort sous le numéro 481 511 632, soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris cedex 9.

• **ARRÊT DE TRAVAIL** : l'arrêt de travail est une absence motivée par la nécessité d'un arrêt d'un ou plusieurs jours de toute activité professionnelle, constatée par le médecin traitant de l'assuré.

• **AYANTS DROIT** : sont considérés au sens du contrat, comme ayants droit de l'assuré :

- › son conjoint / concubin / ou partenaire de Pacte Civil de Solidarité (Pacs) non séparé de corps ou de fait,
- › ses enfants.

Si l'assuré est un enfant mineur, ou majeur fiscalement à charge, les ayants droit au sens du contrat sont :

- › ses parents,
- › ses frères et sœurs.

• **BÉNÉFICIAIRE** : le bénéficiaire du contrat est l'assuré. En cas de décès de celui-ci, les bénéficiaires sont ses ayants droit.

• **CONSOLIDATION** : c'est le stade où l'état de la victime se stabilise pour prendre un caractère permanent non susceptible de modification. La consolidation fait l'objet d'un constat médical.

• **DOMICILE** : lieu de résidence principale du souscripteur en France.

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

• **ÉCHÉANCE PRINCIPALE** : la date est indiquée sous ce titre aux Conditions Particulières ; elle détermine le point de départ d'une année d'assurance.

Elle correspond à la date à laquelle :

- › la cotisation annuelle est exigible,
- › le contrat peut être normalement résilié moyennant le respect du préavis indiqué.

• **FRANCE** : France métropolitaine (et par assimilation, les principautés de Monaco et d'Andorre).

• **HOSPITALISATION** : tout séjour dans un établissement hospitalier public ou privé incluant au moins une nuit.

• **INCAPACITÉ PERMANENTE** : réduction définitive de certaines fonctions physiques, psychosensorielles, intellectuelles, appréciées médicalement à la date de consolidation en comparant l'état subsistant après l'accident à l'état de santé antérieur à l'événement garanti.

• **LICENCIEMENT** : c'est la mesure par laquelle, agissant d'une manière unilatérale, un employeur met fin au contrat de travail qui le lie à un salarié.

• **MALADIE** : altération de la santé médicalement constatée dont la cause est intrinsèque.

• **PETIT MATÉRIEL MÉDICAL** : tout matériel médical que le patient peut emmener avec lui en utilisant les moyens de transports habituels, et notamment son véhicule personnel.

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

- **PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE PERMANENT** : disgrâces physiques subsistant après la date de consolidation.

- **PRÉJUDICE MORAL** : préjudice d'ordre affectif subi par les proches de l'assuré décédé.

- **PRÉJUDICE ÉCONOMIQUE** : préjudice d'ordre financier subi par les bénéficiaires de la formule souscrite.

- **PRESCRIPTION (DÉLAI DE)** : le délai au-delà duquel aucune action ne peut plus être intentée.

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

- **SOUSCRIPTEUR** : la personne qui souscrit le contrat et en assume les obligations.

- **SUBROGATION** : substitution par l'assureur dans les droits et actions de l'assuré ou du bénéficiaire du contrat à l'encontre de tout tiers.

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

La subrogation est limitée au montant des indemnités versées.

- **TIERS** : toute autre personne que l'assureur, l'assuré ou le bénéficiaire du contrat.

LE TABLEAU DES GARANTIES

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

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

		ESSENTIEL <i>Pour surmonter les conséquences des accidents les + graves</i>				CONFORT <i>Pour couvrir tous les accidents, légers à partir de 1 % d'IPP et lourds</i>			
		- ← → + 1 % IPP 29 % IPP 30 % IPP 100 % IPP				- ← → + 1 % IPP 9 % IPP 10 % IPP 100 % IPP			
LE SOCLE DE BASE DES GARANTIES DÉCÈS ET IPP	Préjudices personnels › Préjudices esthétiques permanents › Préjudices d'agrément › Souffrances endurées	NON GARANTI		GARANTI		GARANTI		GARANTI	
	Frais médicaux Indemnités journalières hospitalières Optique & dentaire								
	Préjudices économiques › Incapacité permanente partielle (IPP) › Perte de revenus › Aménagement de la maison › Aménagement du véhicule › Assistance tierce personne › Matériels médicaux spécifiques tels que lit médicalisé, fauteuil roulant... › Frais funéraires					NON GARANTI			
	Assistance								
+ DES OPTIONS	› « Arrêt de travail » › « Arrêt de travail et licenciement » › « Doublement du capital licenciement »	› Un capital à choisir › Un capital doublé en cas de Maladie Redoutée Référez-vous à vos Conditions Particulières							

Voir définitions pages 5 à 6.

2. LES GARANTIES D'ASSURANCE

2.1. LES MODALITÉS D'APPLICATION DU SOCLE DE BASE

2.1.1. Les garanties accidents de la vie

2.1.1.1. Les personnes assurées par le contrat

Sont garanties les personnes âgées de moins de 71 ans à la date d'effet du contrat, répondant à la définition « assuré » (voir définitions pages 5 et 6), et décrites dans les Conditions Particulières.

2.1.1.2. Les bénéficiaires des indemnités

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

- l'assuré tel qu'il est défini dans les définitions pages 5 et 6,
- en cas de décès de l'assuré : les ayants droit justifiant avoir subi un préjudice moral ou économique direct du fait du décès de l'assuré à l'exception de ceux qui auraient causé volontairement les dommages à la victime assurée au titre du présent contrat.

2.1.1.3. Objet de la garantie

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

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

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

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

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

2.1.1.4. Étendue territoriale de la garantie

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

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

2.1.1.5. Exclusions

Cette garantie ne couvre pas les dommages :

- subis à l'occasion d'activités professionnelles ou de fonctions publiques et/ou électives ou syndicales,
- subis à l'occasion d'accidents du travail, incluant les accidents de trajets, tels que définis par le Code de la Sécurité sociale,
- résultant d'un accident de la circulation dans lequel est impliqué un véhicule terrestre à moteur ainsi que ses remorques ou semi-remorques, autres que les véhicules ferroviaires et les tramways circulant sur des voies qui leurs sont propres,
- résultant de la participation volontaire de l'assuré à un crime, à un délit intentionnel ou à une rixe sauf le cas de légitime défense ou d'assistance à une personne en danger,
- résultant de la pratique par l'assuré d'un sport exercé à titre professionnel dans le cadre d'une compétition ou d'un entraînement,
- résultant de la pratique d'un sport exercé en dehors du cadre réglementaire et légal en vigueur,
- résultant de la pratique par l'assuré de sports dits extrêmes pratiqués sans licence de sport au jour du sinistre, à savoir : le nautisme inshore et offshore, l'alpinisme au-dessus de 4 000 mètres d'altitude, l'aviation avec voltige ou acrobatie, la spéléologie avec scaphandre autonome ou en solo, la plongée sous-marine au-delà de 40 mètres de profondeur,
- provenant de la guerre civile ou étrangère,
- dus aux effets directs ou indirects d'irradiations provenant de transmutations de noyaux d'atomes ou de la radioactivité, ainsi que ceux dus aux effets des radiations provoqués par l'accélération artificielle de particules,
- résultant d'expérimentations biomédicales,
- causés par des maladies n'ayant pas pour origine un accident garanti,
- résultant d'affections musculaires, articulaires, tendineuses et discales, telles que pathologiques vertébrales, rupture musculaires et tendineuses, lorsque celles-ci ne résultent pas d'un accident garanti,
- résultant d'affections cardio-vasculaires et vasculaires cérébrales lorsque celles-ci ne résultent pas d'un accident garanti,
- que l'assuré s'est causé intentionnellement,
- résultant d'événements dont les conséquences étaient connues de l'assuré au moment de la prise d'effet de la garantie du contrat,
- en cas d'accident survenu sous l'empire d'un état alcoolique supérieur ou égal à 0,5 gramme par litre de sang au moment du sinistre, ou résultant de l'usage de stupéfiants,
- résultant d'accidents médicaux ou d'infections nosocomiales ayant des conséquences corporelles excédant le seuil de gravité requis pour l'intervention de la CRCI (Commission Régionale de Conciliation et d'Indemnisation) réunie en formation de règlement amiable,
- en cas d'accident survenu en milieu carcéral,
- en cas d'accident provoqué ou causé intentionnellement par l'assuré ou avec sa complicité,
- résultant d'un acte à caractère médical dont la finalité est uniquement d'ordre esthétique.

2.1.2. Les préjudices indemnisés

2.1.2.1. Nature et montant de la garantie

Le contrat, qui revêt un caractère indemnitaire, a pour objet d'offrir à l'assuré ou au bénéficiaire la réparation des préjudices, énumérés aux articles 2.1.2.3 et 2.1.2.4 ci-après, qu'ils ont subis du fait d'un accident garanti évalués selon les règles applicables en droit commun, dans le cadre d'une incapacité physique permanente ou d'un décès.

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

2.1.2.2. Non-cumul des prestations

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

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

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

2.1.2.3. Blessures ou lésions subies par l'assuré

2.1.2.3.1. Conditions de mise en jeu des garanties

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

Les indemnités journalières hospitalières et les frais médicaux sont également garantis (dans les limites décrites aux articles 2.1.2.3.7 et 2.1.2.3.8) lorsque le taux d'incapacité est égal ou supérieur à celui indiqué aux Conditions Particulières du contrat.

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

2.1.2.3.2. Fixation des bases médicales

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

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

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

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

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

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

En cas de désaccord sur les conclusions médicales, les parties peuvent décider de recourir à l'arbitrage d'un médecin agissant en qualité de tiers expert désigné en commun, sur une liste de trois noms.

Les honoraires et frais du médecin arbitre sont supportés par moitié entre les parties.

2.1.2.3.3. Incapacité permanente

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

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

2.1.2.3.4. Les souffrances endurées

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

2.1.2.3.5. Le préjudice esthétique permanent

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

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

2.1.2.3.6. Le préjudice d'agrément

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

2.1.2.3.7. L'indemnité journalière hospitalière

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

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

Outre les exclusions générales figurant à l'article 2.1.1.5 l'indemnité journalière n'est pas versée dans le cas des séjours dans les établissements hospitaliers suivants :

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

2.1.2.3.8. Les frais médicaux

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

Le remboursement intervient dans la limite des frais réellement engagés.

2.1.2.4. Décès de l'assuré

2.1.2.4.1. Préjudices indemnisés

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

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

2.1.2.4.2. Calcul des préjudices

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

2.1.2.4.3. Non-cumul des indemnités incapacité permanente et décès

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

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

2.1.2.5. Dispositions communes en cas de blessures ou de décès de l'assuré

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

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

2.1.3. Le règlement des sinistres

2.1.3.1. Les obligations du bénéficiaire du contrat

2.1.3.1.1. Déclaration du sinistre

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

Lors de sa déclaration, l'assuré ou le bénéficiaire du contrat doit :

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

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

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

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

2.1.3.1.2. Postérieurement à la déclaration du sinistre

• En cas de décès de l'assuré

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

- › un document médical précisant les causes du décès,
- › l'attestation de décès délivrée par la mairie,
- › toutes justifications d'état civil permettant d'établir les liens de filiation ou familiaux des ayants droit de l'assuré décédé,
- › la ou les facture(s) acquittée(s) des frais funéraires exposés,
- › la justification des revenus nets perçus par la victime servant de base à la détermination du ou des préjudice(s) économique(s) éventuel(s),
- › la ou les notification(s) des capitaux et prestation(s) servie(s) aux ayants droit par les organismes sociaux, organismes de prévoyance collective ou individuelle, autres assureurs couvrant le même risque.

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

• En cas de blessures de l'assuré

L'assuré est tenu :

- › de se soumettre à toute expertise médicale initiée par l'assureur et aux examens complémentaires qui pourraient éventuellement être prescrits dans ce cadre, la possibilité lui étant offerte, comme stipulé à l'article 2.1.2.3.2 des présentes Conditions Générales, de se faire assister par tout praticien de son choix. **La réticence de l'assuré de se soumettre à l'examen médical entraîne la suspension de garantie,**
- › de produire à l'assureur, sur simple requête de ce dernier, la justification de ses revenus nets perçus avant la date de l'événement garanti,
- › de communiquer à l'assureur tous les éléments constitutifs de sa protection sociale et lui transmettre la ou les notification(s) de toutes prescriptions servies par le ou les organisme(s) débiteur(s) dès qu'elles ont été acceptées par lui.

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

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

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

2.1.3.2. Les engagements de l'assureur

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

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

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

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

2.1.3.3. Modalités de paiement des indemnités

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

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

2.1.3.4. Règlement des litiges - Arbitrages

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

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

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

2.2. LES MODALITÉS D'APPLICATION DES OPTIONS

2.2.1. Les garanties

Les options ont pour objet de verser aux personnes assurées, un capital indiqué aux Conditions Particulières.

2.2.1.1. Les personnes assurées

2.2.1.1.1. Dans le cas d'une formule individuelle

Peuvent bénéficier du versement du capital de l'option souscrite :

- la personne physique souscripteur du contrat désignée aux Conditions Particulières.

2.2.1.1.2. Dans le cas d'une formule couple ou familiale

Peuvent bénéficier du versement du capital de l'option souscrite :

- la personne physique souscripteur du contrat désignée aux Conditions Particulières,
- son époux ou épouse non séparé(e) de corps ou de fait,
- son concubin ou sa concubine y compris la personne ayant conclu un Pacte Civil de Solidarité (Pacs) avec le souscripteur.

Par concubinage il faut entendre la situation de deux personnes majeures en mesure d'établir qu'elles ont créé durablement entre elles une communauté maritale de vie, d'intérêts et de biens.

2.2.1.2. Objets des options

2.2.1.2.1. Règles générales

Les garanties prennent effet au jour figurant sur les Conditions Particulières et selon les délais de carence et franchises absolues de chacune des options.

En cas de retrait d'option ou de contrat résilié, les garanties cessent de plein droit.

En cas de changement de capital ou de changement d'option, les délais de carence détaillés à l'article 2.2.2.2 des présentes Conditions Générales, s'appliquent à nouveau pour les garanties ou capitaux supplémentaires souscrits n'ayant pas déjà fait l'objet d'un délai de carence.

2.2.1.2.2. L'arrêt de travail

L'option « Arrêt de travail » s'applique pour tous les arrêts de travail des salariés et TNS (Travailleur Non Salarié), à la suite d'une maladie ou d'un accident de la vie privée, hors maladies professionnelles et accidents professionnels.

La garantie de l'option « Arrêt de travail » ainsi que les augmentations éventuelles de la garantie prennent effet :

- dès la date d'effet du contrat ou de l'avenant en cas d'arrêt de travail à la suite d'un accident de la vie privée,
- après un délai de carence suivant la date d'effet du contrat ou de l'avenant de :
 - › 6 mois pour les maladies autres que maladies redoutées,
 - › 12 mois pour les maladies redoutées.

La garantie s'exerce en cas d'arrêt de travail de plus de 90 jours **débutant** après la prise d'effet du contrat ou après les délais de carence applicables au contrat et aux augmentations de garanties.

La garantie de l'option « Arrêt de travail » souscrite est doublée en cas d'arrêt de travail faisant suite à une maladie redoutée, telles que définies à l'article 2.2.1.2.4 des présentes Conditions Générales et dont la liste figure sur la Convention spéciale, annexe aux Conditions Générales, jointe aux Conditions Particulières.

La mise en œuvre de la garantie ne pourra se faire qu'à la condition que la franchise absolue de 90 jours soit effective à la date de résiliation du contrat.

2.2.1.2.3. Le licenciement

La garantie s'exerce en cas de licenciement de la personne salariée assurée, survenu entre le jour de la prise d'effet du contrat et la résiliation.

Le capital en cas de licenciement peut être doublé si l'option « Doublement du capital » a été souscrite et figure sur les Conditions Particulières.

La garantie des options « Licenciement », « Doublement du capital licenciement » ainsi que les augmentations de ces garanties sont acquises après un délai de carence de 12 mois suivant la date d'effet du contrat ou de l'avenant.

2.2.1.2.4. Spécificités des maladies redoutées

Sont définies comme « maladie redoutées », les affections longues durées (ALD 30) listées dans votre Convention Spéciale, annexe aux présentes Conditions Générales, jointe aux Conditions Particulières.

Sont exclues de cette liste, les affections dites « hors liste » (ALD 31) et les affections entraînant un état pathologique invalidant (ALD 32).

La liste des affections longues durées ALD 30, établie par le ministre de la Santé et fixée par l'article D. 322-1 du Code de la Sécurité sociale, a été actualisée par le décret n° 2011-77 du 19 janvier 2011 et par le décret n° 2011-726 du 24 juin 2011.

2.2.1.3. Exclusions

Indépendamment des exclusions particulières prévues à l'article 2.1.1.5 des présentes Conditions Générales, sont exclus des garanties de l'option « Licenciement » :

- les fins de contrats à durée déterminée,
- les contrats intérimaires,
- les stages, contrats d'alternance, emplois saisonniers et contrats d'apprentissage,
- les ruptures de contrats en cours ou à l'issue de périodes d'essai,
- les licenciements pour faute grave ou lourde,
- la rupture conventionnelle du contrat de travail,
- toute forme de cessation d'activité dont la réglementation implique la non-recherche d'un nouvel emploi, notamment : les contrats de solidarité, les accords FNE, les départ ou mise à la retraite et pré-retraite,
- les démissions volontaires, légitimes ou non, même si elles sont indemnisées par les Assedic,
- les suppressions partielles ou totales d'activités notamment pour les assurés TNS (Travailleurs Non Salariés).

Sont exclus des garanties de l'option « Arrêt de travail » :

- les maladies professionnelles,
- les accidents professionnels,
- les affections longues durées dites ALD 31 & ALD 32,
- les congés maternité et grossesses pathologiques.

2.2.2. Le règlement des sinistres

2.2.2.1. Modalités d'indemnisation

2.2.2.1.1. Déclaration de sinistre

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

- du début de son arrêt de travail, dans le cas d'un arrêt de travail délivré pour une durée supérieure à 90 jours,
- du 90^{ème} jour d'arrêt effectif, dans le cas d'arrêts multiples et consécutifs délivrés en totalité pour une durée supérieure à 90 jours, pour le même événement,
- de la date de réception du courrier en AR l'informant de son licenciement.

2.2.2.1.2. Pièces justificatives

Il appartient au bénéficiaire du contrat de transmettre sans délai à l'assureur tous les éléments et documents nécessaires à l'instruction du dossier :

- en cas de licenciement : l'attestation du Pôle Emploi, une copie de la lettre de licenciement de l'employeur **et tout autre justificatif demandé par l'assureur**,
- en cas d'arrêt de travail : le certificat médical à l'origine de l'arrêt de travail, un justificatif mentionnant le motif de l'arrêt de travail, l'attestation de prise en charge à 100 % par la Sécurité sociale le cas échéant **et tout autre justificatif demandé par l'assureur**.

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

2.2.2.2. Versement du capital

Le versement du au titre de l'application du présent contrat est versé au bénéficiaire en capital, au plus tôt 30 jours après la réception du courrier l'informant de son licenciement ou après réception des pièces médicales réclamées en cas d'arrêt de travail.

L'option « Arrêt de travail » ne peut être mise en œuvre qu'une seule fois sur 12 mois glissants.

Le doublement de capital « Arrêt de travail » prévu au titre d'une maladie redoutée, telles que définies à l'article 2.2.1.2.4 (ALD 30) des présentes Conditions Générales et dont la liste figure sur la Convention Spéciale, annexe aux Conditions Générales, jointe aux Conditions Particulières ne pourra intervenir qu'une seule fois par maladie redoutée pendant toute la durée du contrat.

Le versement du capital Arrêt de travail prévu au titre d'une affection dite « hors liste » (ADL 31) et au titre des affections entraînant un état pathologique invalidant (ALD 32) ne pourra intervenir qu'une seule fois pendant toute la durée du contrat.

L'option « Licenciement » ne peut être mise en œuvre qu'une seule fois sur 24 mois glissants.

2.3. LA FORMATION ET LA VIE DE VOTRE CONTRAT

2.3.1. Date d'effet et durée du contrat

Le contrat prend effet à la date indiquée aux Conditions Particulières.

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

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

2.3.2. Le règlement des cotisations

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

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

Les effets de cette lettre sont les suivants :

- l'intégralité de la cotisation annuelle devient exigible, nonobstant l'existence d'un fractionnement du paiement de ladite cotisation,
- des frais de recouvrement sont exigibles,
- en cas de non-paiement dans le délai de 30 jours suivant l'envoi de la lettre de mise en demeure, les garanties de votre contrat sont suspendues,
- après un délai supplémentaire de 10 jours (40 jours au total après la lettre de mise en demeure), votre contrat est automatiquement résilié si la totalité de la somme exigée n'est pas réglée.

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

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

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

Le contrat non résilié reprend effet le lendemain du jour où a été payée la cotisation ainsi que les frais de recouvrement ayant fait l'objet de la mise en demeure.

2.3.3. Révision de la cotisation

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

En cas de majoration de la cotisation, le souscripteur a le droit de résilier le contrat dans les quinze jours suivant la prise de connaissance de l'augmentation. Cette résiliation prendra effet un mois après la notification faite à l'assureur par lettre recommandée, le cachet de la poste faisant foi.

Le souscripteur sera alors redevable d'une fraction de cotisation calculée sur la base de la cotisation précédente au prorata du temps écoulé entre la date de la dernière échéance et la date d'effet de la résiliation.

2.3.4. Déclaration du risque

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

2.3.4.1. À la souscription du contrat

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

2.3.4.2. En cours de contrat

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

2.3.4.3. Sanctions

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

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

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

2.3.5. Modalités de résiliations

Votre contrat est renouvelé chaque année automatiquement, par tacite reconduction. Il est possible de le résilier dans les cas et selon les modalités suivantes :

MOTIF DE LA RÉSILIATION	PAR QUI ?	CONDITIONS	DATE DE PRISE D'EFFET DE LA RÉSILIATION	ARTICLES DU CODE DES ASSURANCES
Opposition au renouvellement par tacite reconduction c'est-à-dire à chaque échéance annuelle	Vous ou nous	Délai de préavis à respecter : › vous : 1 mois › nous : 2 mois Dans les 20 jours qui suivent l'envoi de l'avis d'échéance lorsque celui-ci est envoyé moins de 15 jours avant la fin du droit d'opposition au renouvellement ou après cette date	La résiliation prend effet à la date d'échéance annuelle indiquée sur les Conditions Particulières	L. 113-12 & L. 113-15-1
En cas de changement : › de domicile, › de situation ou régime matrimonial, › de profession ou si vous cessez toute activité professionnelle	Vous ou nous	La résiliation doit être faite dans les 3 mois qui suivent l'événement, sous réserve que le changement invoqué affecte la nature du risque garanti	La résiliation prend effet 1 mois après notification, indiquant la date et la nature de l'événement invoqué	L. 113-16
En cas de résiliation de l'un de vos contrats après sinistre	Vous	Vous pouvez dans le délai de 1 mois de la notification de la résiliation de la police sinistrée, résilier les autres contrats d'assurance souscrits auprès de Suravenir Assurances	La résiliation prend effet un mois à dater de la notification à l'assureur	R.113-10
Diminution du risque	Vous	Vous pouvez résilier si nous ne consentons pas à réduire la cotisation postérieurement à la diminution du risque en cours de contrat	La résiliation prend effet 30 jours après la demande notifiée à l'assureur	L. 113-4
Aggravation du risque	Nous	L'assureur peut résilier ou proposer un nouveau montant de prime si les circonstances nouvelles aggravent le risque	La résiliation prend effet 10 jours après que celle-ci vous ait été notifiée ou 30 jours à compter du refus de la proposition faite par l'assureur	L. 113-4
Omission ou déclaration inexacte non intentionnelle	Nous	L'assureur peut résilier si l'omission ou la déclaration inexacte est constatée avant tout sinistre	La résiliation prend effet 10 jours après sa notification	L. 113-9
Non-paiement de la cotisation	Nous	L'assureur peut résilier le contrat moyennant l'envoi préalable d'une lettre recommandée valant mise en demeure	La résiliation prend effet 40 jours après l'envoi de la lettre recommandée valant mise en demeure	L. 113-3
Résiliation après sinistre	Nous	L'assureur peut résilier le contrat un mois après avoir eu connaissance du sinistre	La résiliation prend effet un mois après la notification faite par l'assureur	R. 113-10
En cas de décès du souscripteur	L'héritier ou nous	L'assureur peut résilier dans un délai de 3 mois à compter du jour où l'attributaire du bien a demandé le transfert du contrat à son nom	Le contrat d'assurance continue à produire ses effets tant qu'il n'a pas été résilié par l'héritier	L. 121-10
Retrait de l'agrément par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR)	De plein droit		La résiliation prend effet le quarantième jour à midi à compter de la publication au Journal officiel de la décision de l'ACPR prononçant le retrait	L. 326-12

Conditions de résiliation

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

- › par courrier papier,
- › par courrier électronique.

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

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

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

Conséquences de la résiliation sur la cotisation

Dans les cas de résiliation au cours d'une période d'assurance, la portion de cotisation afférente à la période suivant la date d'effet de la résiliation ne nous est pas acquise. Elle doit vous être remboursée. Toutefois, en cas de résiliation pour non-paiement des cotisations, cette portion de cotisation, jusqu'à l'échéance annuelle suivante, nous est due à titre d'indemnité de résiliation (article L. 113-3 du Code des assurances).

2.4. DISPOSITIONS DIVERSES

2.4.1. L'aggravation

L'aggravation de l'état séquellaire de l'assuré, en relation directe et certaine avec l'accident garanti, de nature à modifier les conclusions médicales qui ont servi de base à l'indemnisation initiale, ouvre droit à indemnisation pour autant qu'elle soit médicalement constatée dans les conditions définies à l'article 2.1.2.3.2.

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

2.4.2. Subrogation

Nous sommes subrogés dans vos droits et actions contre tout responsable du sinistre et jusqu'à concurrence des indemnités versées. Cela signifie que nous avons un recours contre tout responsable du sinistre dans la limite de vos propres droits et actions pour récupérer le montant de l'indemnité versée.

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

2.4.3. Autres assurances

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

L'assuré ou le bénéficiaire peut obtenir l'indemnisation des dommages en s'adressant à l'assureur de son choix. Le cumul d'assurances ne peut avoir pour effet de procurer à l'assuré ou au bénéficiaire du contrat une indemnisation supérieure à celle à laquelle il peut prétendre au titre du risque garanti telle qu'évaluée selon les règles du droit commun.

2.4.4. Protection des données personnelles

Des données à caractère personnel vous concernant sont collectées par Suravenir Assurances, responsable du traitement situé, 2 rue Vasco de Gama à Saint-Herblain (44800).

Elles sont nécessaires au traitement informatique de votre contrat pour les finalités suivantes : souscription ou gestion de vos contrats d'assurances, gestion de vos sinistres et évaluation de votre satisfaction, gestion et évaluation du risque d'assurance, réalisation d'études statistiques, techniques et marketing, information et prospection commerciale, conduite d'activités de recherche et de développement dans le but d'améliorer les produits et services, lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme et lutte contre la fraude.

À ce titre vous êtes susceptible d'être inscrit sur une liste de personnes suspectées de fraude par Suravenir Assurances.

En cas de sinistres corporels, des données de santé sont également collectées et traitées aux fins d'exécution du contrat et pour les mêmes finalités que celles visées ci-dessus, à l'exception de la prospection commerciale.

Ces traitements ont un caractère obligatoire dans le cadre de la conclusion et de la gestion du présent contrat. À défaut, le contrat ne peut être conclu ou exécuté.

Des traitements automatisés peuvent être effectués, y compris de profilage : vous pouvez dans ce cas, obtenir une intervention humaine par le responsable de traitement.

Le traitement est réalisé par le responsable de traitement sur la base de l'exécution des mesures précontractuelles ou contractuelles, du respect des obligations légales ou réglementaires, du consentement lorsque celui-ci est requis ou de ses intérêts légitimes lorsque cela est justifié.

En communiquant vos informations personnelles, vous autorisez l'assureur à les partager en vue des mêmes finalités que celles précédemment indiquées au profit de ses sous-traitants, prestataires et partenaires, établissements et sociétés membres du Groupe intervenant dans le cadre du contrat.

Ces informations peuvent également être communiquées, à leur requête, aux organismes officiels et aux autorités administratives ou judiciaires légalement habilitées (pays de l'Union européenne ou non membres de l'Union européenne), notamment dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux ou de la lutte contre le financement du terrorisme.

Des transferts de données peuvent être effectués hors de l'Union européenne. Dans ce cas, vous pouvez demander à avoir connaissance des garanties appropriées qui sont mises en œuvre.

Si vous avez donné une autorisation spéciale et expresse pour le traitement de certaines données, vous pouvez la retirer à tout moment, sous réserve du traitement de données nécessaires à la conclusion ou l'exécution du contrat.

Les conversations téléphoniques avec l'assureur sont susceptibles d'être analysées et enregistrées pour des raisons de qualité de service. Ces enregistrements sont exclusivement destinés à l'usage interne de l'assureur.

Les données sont conservées pendant la durée du contrat augmentée des prescriptions légales ou réglementaires, ainsi que pour assurer le respect des obligations légales, réglementaires ou reconnues par la profession auxquelles l'assureur est tenu.

Conformément à la réglementation applicable, vous disposez sur vos données :

- d'un droit d'accès,
- d'un droit de rectification,
- d'un droit d'opposition,
- d'un droit de portabilité,
- d'un droit d'effacement,
- d'un droit d'organiser les conditions de conservation et de communication de vos données à caractère personnel après votre décès,
- d'un droit d'effacement et de limitation des informations vous concernant.

Pour exercer vos droits ou saisir le délégué à la protection des données personnelles, vous pouvez adresser un mail à l'adresse : cil@suravenir-assurances.fr ou un courrier à Suravenir Assurances - Service traitant les demandes Informatique et Libertés - 44931 Nantes cedex 9.

Vous disposez du droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL).

Si vous souhaitez des informations complémentaires, vous pouvez vous reporter à la politique des données personnelles disponible sur le site internet de Suravenir Assurances.

2.4.5. Prescription

Conformément aux dispositions de l'article L. 114-1 du Code des assurances, reproduit ci-dessous, les actions dérivant du présent contrat se prescrivent dans le délai de deux ans suivant l'événement qui en est à l'origine.

La prescription a pour point de départ la date à laquelle le souscripteur ou l'assuré ont eu connaissance du fait générateur.

Ainsi, aux termes de l'article L. 114-1 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 ».

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.

L'article L. 114-2 du Code des assurances, précise les modalités d'interruption de la prescription comme suit :

« 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 avec accusé de réception adressée 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 ».

La prescription peut également être interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (article 2240 du Code civil),
- toute demande en justice, même en référé (articles 2241 à 2243 du Code civil),
- tout acte d'exécution forcée (articles 2244 à 2246 du Code civil).

La prescription peut être suspendue par l'une des causes ordinaires de suspension que sont :

- l'impossibilité d'agir,
- la minorité,
- le recours à la médiation, à la conciliation ou à une procédure participative,
- une mesure d'instruction,
- une action de groupe.

2.4.6. Démarchage à domicile ou vente à distance

Démarchage à domicile (article L. 112-9 du Code des assurances)

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

Vous ne pouvez toutefois plus exercer votre droit à renonciation dès que vous avez connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat.

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

Vente à distance (article L. 112-2.1 du Code des assurances)

En cas de vente à distance, vous bénéficiez de la faculté de renoncer à votre contrat, sans motif ni pénalité, dans les quatorze jours qui suivent sa date de conclusion ou dans les quatorze jours qui suivent la date de réception des conditions contractuelles par l'assuré si cette date est postérieure à celle de la conclusion du contrat.

Modalité d'exercice du droit à renonciation

Vous devez adresser une lettre recommandée avec accusé de réception à votre assureur. Vous trouverez ci-dessous un modèle de lettre pour vous permettre d'exercer votre droit à rétractation :

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

Dans ce cas, la résiliation prendra effet à compter de la date de réception de la présente lettre ».

2.4.7. L'autorité de contrôle

L'autorité en charge du contrôle est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris cedex 9.

2.4.8. Réclamations

Sachez que, constitue une réclamation, toute déclaration actant du mécontentement d'un client envers un professionnel : dès lors, une demande de service ou de prestation, une demande d'information, de clarification ou une demande d'avis n'est pas une réclamation (extrait de la recommandation 2016-R-02 du 14 novembre 2016 sur le traitement des réclamations, émise par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution).

Afin de pouvoir traiter votre demande dans les meilleures conditions, nous attirons votre attention sur la nécessité de respecter la chronologie de chacune des étapes de traitement des réclamations ci-dessous indiquée.

À compter de la réception de votre réclamation et conformément à la réglementation sur le traitement des réclamations, nous nous engageons :

- à accuser réception de votre réclamation dans un délai maximum de 10 jours ouvrables à compter de sa réception, sauf si la réponse elle-même vous est apportée dans ce délai,
- à vous répondre dans les meilleurs délais et au plus tard dans les 2 mois, suivant la date de réception de votre réclamation, hors survenance de circonstances particulières induisant un délai de traitement plus long ce dont vous serez informé.

1. Vos interlocuteurs privilégiés

Votre courtier vous accompagne au quotidien. En cas de questions ou de difficultés relatives à la vie de votre contrat d'assurance, consultez dans un premier temps votre contact habituel dont les coordonnées sont indiquées sur les Conditions Particulières qui vous ont été remises.

Pour une réclamation concernant la souscription de votre contrat, son enregistrement, sa gestion et vos cotisations, vous pouvez vous adresser au Service Réclamations de Novélia :

- par téléphone au 02 90 01 15 70
- par courrier électronique à l'adresse suivante à : reclamation@novelia.fr
- par courrier papier à l'adresse suivante :
Novélia
Service Réclamations
30 boulevard de la Tour d'Auvergne
35065 Rennes cedex

Novélia s'engage, à compter de la réception de la réclamation, à en accuser réception sous 10 jours ouvrables, et en tout état de cause à la traiter dans un délai maximum de 2 mois.

Pour une réclamation relative à la gestion de votre sinistre, votre interlocuteur est le Service Indemnisations de Suravenir Assurances. Vous pouvez lui faire part de votre réclamation soit :

- par courrier papier à l'adresse suivante :
Suravenir Assurances
Service Indemnisation
44931 Nantes cedex 9
- par téléphone au 0 970 809 366 (numéro cristal - non surtaxé)
- par mail à l'adresse suivante : indemnisation@suravenir-assurances.fr.

Pour une réclamation relative à vos garanties d'assistance, la procédure à suivre est présentée dans la Convention d'Assistance présentée ci-après.

2. Si la réponse ou la solution apportée à votre litige ne répond pas à vos attentes

Concernant la souscription, la gestion de votre contrat, vos cotisations et la mise en œuvre des garanties de votre contrat ou un sinistre, vous pouvez adresser votre réclamation au Service Relations Clientèle de Suravenir Assurances :

- par courrier électronique à l'adresse suivante : relationsclientele@suravenir-assurances.fr.
- par courrier papier à l'adresse suivante :
Suravenir Assurances
Service Relations Clientèle
44931 Nantes cedex 9

3. Le Médiateur de l'Assurance

Si toutes les voies de recours dont vous disposez ont été utilisées et si la réponse apportée par le Service Relations Clientèle de Suravenir Assurances ne vous satisfait pas et que le désaccord persiste, vous pouvez saisir le Médiateur de l'Assurance, personnalité indépendante :

- par courrier papier à l'adresse suivante :
La Médiation de l'Assurance
TSA 50110
75441 Paris cedex 9
- par courrier électronique (canal à privilégier) sur le site internet : www.mediation-assurance.org

Le Médiateur rendra un avis en vue du règlement amiable de votre litige dans les 90 jours à réception du dossier complet. Son avis ne s'impose pas et vous laisse toute liberté pour saisir éventuellement le Tribunal français compétent.

Ce recours est gratuit et n'est possible que dans la mesure où votre demande n'a pas déjà été soumise à une juridiction.

Vous demeurez libre de saisir la justice à son issue.

Pour plus d'informations, vous pouvez consulter la Charte de la Médiation de l'Assurance disponible sur le site internet : www.mediation-assurance.org.

2.4.9. Preuve - Dématérialisation des documents

Le souscripteur accepte expressément que le contrat conclu sous format papier puisse être dématérialisé et conservé sur support électronique. Les contrats et documents conclus et/ou conservés au format électronique constituent une reproduction fidèle et durable du document et font foi entre les parties sauf preuve contraire.

Le souscripteur s'engage à conserver à son niveau l'exemplaire des Conditions Particulières et les présentes Conditions Générales qui lui ont été remises.

2.4.10. Nullité d'une disposition contractuelle

La nullité de l'une quelconque des clauses des présentes Conditions Générales n'affectera pas la validité des autres clauses. Le présent contrat a un caractère « intuitu personae ». Le souscripteur ne pourra en céder ou en transférer les droits et obligations.

2.4.11. Information précontractuelle

Le souscripteur déclare avoir pris connaissance des présentes Conditions Générales et les avoir acceptées avant la conclusion du contrat. L'assureur se réserve le droit de modifier les présentes Conditions Générales, sous réserve d'en informer préalablement par écrit le souscripteur avant l'entrée en vigueur de ces modifications.

2.4.12. Signature électronique

Nous pouvons recourir à des outils techniques de signature électronique et d'archivage électronique, fournis par nous ou par des prestataires spécialisés, qui mettent en œuvre des procédés fiables aux fins d'assurer la sécurité de la signature et de l'archivage des documents électroniques.

Vous avez ainsi la possibilité de signer électroniquement votre contrat. À cette fin, nous mettons en œuvre un dispositif permettant d'assurer votre authentification préalable ainsi que la sécurité et l'intégrité du document signé, conformément aux dispositions réglementaires applicables.

Lorsque votre identité a été vérifiée :

- vous prenez connaissance des documents d'information pré-contractuels nécessaires qui vous sont remis (en ligne, vous pourrez les imprimer ou les sauvegarder), et,
- vous pouvez signer électroniquement les contrats encadrant les produits ou les services souscrits qui vous sont présentés.

Nous vous demanderons de valider votre acceptation en saisissant un code que nous vous adresserons par SMS. Cette validation est présumée marquer votre consentement et votre engagement plein et entier à l'acte réalisé.

Le document électronique signé sera archivé, pendant la durée légale de conservation, sur un support numérique, selon des modalités en garantissant l'intégrité.

Une copie du document vous sera transmise par mail sous la forme d'un fichier pdf. Sauf preuve contraire, vous reconnaissez que ces supports sont durables.

À tout moment pendant cette durée de conservation, vous pouvez nous demander de vous délivrer une copie sur support papier.

3. CONVENTION D'ASSISTANCE

PRÉAMBULE

La présente convention d'assistance constitue les Conditions Générales des garanties d'assistance d'IMA Assurances en cas d'accident corporel, de perte d'autonomie et de décès. Elle précise le contenu et les limites des prestations d'assistance accordées aux clients ayant souscrit un contrat d'assurance e.NOV COUP DUR par l'intermédiaire de Novélia.

Elle détermine les garanties assurées par IMA Assurances (l'assisteur), société anonyme au capital de 7 000 000 €, entreprise régie par le Code des assurances, dont le siège social est situé 118 avenue de Paris - CS 40000 - 79033 Niort cedex 9, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Niort sous le numéro 481 511 632, conformément au contrat d'assurance de groupe souscrit par

Suravenir Assurances, société anonyme au capital entièrement libéré de 45 323 910 €, entreprise régie par le Code des assurances dont le siège social est situé 2 rue Vasco de Gama - Saint-Herblain - 44000 Nantes, immatriculée au RCS de Nantes sous le n° 343 142 659.

Suravenir Assurances a confié la commercialisation du contrat e.NOV COUP DUR à Novélia, SA au capital de 1 000 000 €, société de courtage en assurances, n° Orias 07 001 889 (vérifiable sur www.orias.fr), Siren B 383 286 473 RCS Rennes, NAF 672 Z.

IMA Assurances, Suravenir Assurances et Novélia, SA sont soumises au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris cedex 9.

3.1. CONDITIONS D'INTERVENTION

IMA Assurances intervient 24h/24 à la suite d'appels émanant des bénéficiaires au numéro suivant : **05 49 34 80 86**.

L'assisteur apporte une aide immédiate et effective afin de participer au retour à la normale de la vie familiale.

Ces garanties n'ont pas vocation à remplacer la solidarité naturelle de la structure familiale ni l'intervention habituelle de personnes telles que les assistantes maternelles et les employés de maison. Elle ne doit pas se substituer aux interventions des services publics, ni aux prestations dues par les organismes sociaux et les employeurs.

L'application de ces garanties est appréciée en fonction de la situation personnelle du bénéficiaire. Le nombre d'heures attribuées pourra donc être inférieur au plafond indiqué.

Pour évaluer les besoins du bénéficiaire, l'assisteur se base sur des critères objectifs liés à son environnement et sa situation de vie notamment : taille du logement, composition du foyer familial,

niveau d'autonomie (notamment capacité à faire sa toilette, se déplacer seul, sortir du domicile, préparer ses repas, effectuer des tâches ménagères) et aides existantes.

L'urgence, qui justifie l'intervention de l'assisteur, se trouvant atténuée en cas de séjour dans un centre de convalescence du fait du temps dont dispose le bénéficiaire pour organiser son retour au domicile, est également prise en compte pour l'évaluation des besoins du bénéficiaire.

Les garanties d'assistance sont mises en œuvre par l'assisteur ou en accord préalable avec elle.

L'assisteur ne participera pas après coup aux dépenses que le bénéficiaire aurait engagées de sa propre initiative. Toutefois, afin de ne pas pénaliser le bénéficiaire qui aurait fait preuve d'initiative raisonnable, l'assisteur pourrait apprécier leur prise en charge, sur justificatifs.

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

3.2.1. Étendue territoriale

France (métropolitaine et Principauté de Monaco).

3.2.2. Faits générateurs

Les garanties de la présente Convention s'appliquent en cas d'accident corporel, à l'exception des garanties 3.10.1, 3.10.2, 3.11.1, 3.11.2, 3.11.3, 3.11.4 qui s'appliquent en cas d'accident corporel lourd ayant entraîné une perte d'autonomie, et des garanties 3.13 qui s'appliquent en cas de décès.

Le fait générateur doit se produire postérieurement à la souscription du contrat e.NOV COUP DUR.

3.2.3. Pièces justificatives

L'assisteur se réserve le droit de demander la justification médicale de l'événement générant la mise en œuvre des garanties (certificat médical, bulletin d'hospitalisation, certificat de décès).

3.3. DÉFINITIONS

Les termes ci-après doivent être, dans le cadre de la convention, entendus avec les acceptions suivantes :

• ACCIDENT CORPOREL

- › Accident domestique et de la vie privée tels que des dommages corporels subis suite à des événements soudains, imprévus, dus à des causes extérieures (ex : noyade, électrocution, outils de jardinage...).
- › Accident de la circulation en qualité de piéton ou de cycliste.
- › Accidents scolaires, extrascolaires et de loisirs.
- › Accidents occasionnés lors de la pratique amateur d'un sport.
- › Accidents médicaux tels que des dommages corporels résultants d'erreurs de diagnostics à l'occasion d'actes chirurgicaux, de traitements pratiqués par des médecins, auxiliaires médicaux ou des praticiens (ex : infections nosocomiales contractées à l'hôpital, affections iatrogènes provoqués par les médicaments ou les traitements thérapeutiques...).
- › Accident dus à des attentats, des infractions ou des agressions (ex : meurtres, agressions, viols...).
- › Accidents dus à des catastrophes naturelles et technologiques (ex : inondation, raz de marée, tremblement de terre...).

• **ACCIDENT LOURD AVEC PERTE D'AUTONOMIE** : événement soudain, imprévisible, provenant d'une cause extérieure au bénéficiaire et indépendante de sa volonté, sans rapport avec une maladie et qui entraîne des dommages physiques.

L'Incapacité Permanente Partielle (variation > 30 %) doit être reconnue par un médecin expert désigné par l'assureur en charge des garanties indemnitaires en cas d'IPP et dûment justifiée par un certificat médical prévisionnel déclarant une probabilité > 80 % de ce taux d'IPP.

• ANIMAUX DOMESTIQUES : les chiens et les chats.

Sont exclus les chiens relevant de l'une des catégories des chiens dangereux visés par l'article L. 211.11 du Code rural.

• ASSURÉ : la personne physique souscriptrice du contrat e.NOVOU COUP DUR.

• BÉNÉFICIAIRE : l'assuré ainsi que :

- › son conjoint,
- › leurs enfants légitimes, naturels ou adoptifs lorsqu'ils sont fiscalement à charge,
- › les petits-enfants mineurs ayant un lien direct avec le souscripteur ou le conjoint / concubin / pacsé (non séparé de corps ou de fait) sont couverts lors de leur garde occasionnel par ce dernier,
- › les ascendants directs de moins de 70 ans fiscalement à charge pour la garantie « Garde des ascendants » et « Rapatriement des valides ».

• **CENTRE DE CONVALESCENCE** : les centres de convalescence sont des structures de soins qui contribuent à une réadaptation post-hospitalisation. Les centres de rééducation, les SSR (Soins de Suite et de Réadaptation), les maisons de repos, les centres de cure thermique sont assimilés à des centres de convalescence. Les séjours dans ces structures ne sont pas considérés comme des hospitalisations.

• **CONJOINT** : l'époux ou épouse de l'assuré, non séparé(e) de corps et de fait, son concubin ou sa concubine, ainsi que la personne ayant conclu un Pacs avec l'assuré.

• **DOMICILE** : lieu de résidence principale de l'assuré en France.

• **FRANCE** : France métropolitaine (et par assimilation, les principautés de Monaco et d'Andorre).

• **HOSPITALISATION** : tout séjour dans un établissement hospitalier public ou privé incluant au moins une nuit.

• **HOSPITALISATION IMPRÉVUE** : hospitalisation dont le bénéficiaire n'a connaissance que dans les 30 jours qui la précèdent.

• **IMMOBILISATION** : toute atteinte corporelle survenant inopinément et consécutivement à la suite d'un accident obligeant, sur prescription médicale, le bénéficiaire à demeurer à son domicile.

• **PETIT MATÉRIEL MÉDICAL** : tout matériel médical que le patient peut emmener avec lui en utilisant les moyens de transports habituels, et notamment son véhicule personnel.

3.4. GARANTIES EN CAS D'HOSPITALISATION OU D'IMMOBILISATION DE L'ASSURÉ OU DE SON CONJOINT

En cas d'accident corporel entraînant une hospitalisation imprévue supérieure à 3 jours ou une immobilisation au domicile supérieure à 5 jours, l'assisteuse organise et prend en charge les garanties suivantes :

3.4.1. Aide-ménagère

L'aide-ménagère a notamment pour mission de réaliser des tâches quotidiennes telles que du ménage, la préparation des repas, la vaisselle, le repassage et les courses de proximité. Elle est mise à disposition selon les disponibilités locales, dès le premier jour de l'hospitalisation, au retour au domicile ou à compter du premier jour d'immobilisation au domicile.

Le nombre d'heures attribuées est évalué par l'assisteuse selon la situation et ne pourra excéder 15 heures à raison de 2 heures minimum par intervention à répartir sur une période maximale de 15 jours.

3.4.2. Présence d'un proche au chevet ou au domicile du patient bénéficiaire

L'assisteuse organise et prend en charge en France, à compter du 1^{er} jour d'hospitalisation ou d'immobilisation, le déplacement aller-retour d'un proche (train 1^{ère} classe ou avion classe économique).

L'assisteuse organise également et prend en charge son hébergement pour 2 nuits, petits-déjeuners inclus, à concurrence de 50 €.

3.4.3. Transfert et garde d'animaux domestiques

L'assistant organise et prend en charge le transport chez un proche dans un rayon de 50 km du domicile du bénéficiaire ou l'hébergement dans un centre spécialisé dans la limite de 30 jours.

Cette garantie s'applique à la condition que les animaux aient reçu les vaccinations obligatoires et soient tatoués ou équipés d'une puce électronique.

3.4.4. Recherche de personnel à domicile / professionnel de santé

Dès lors que l'événement ne relève pas de l'urgence, l'assistant peut aider à rechercher et/ou mettre en relation l'assuré ou son conjoint avec :

- une infirmière,
- un garde malade,
- une aide-ménagère,
- un pédicure,
- un coiffeur,
- une personne de courtoisie.

3.5. GARANTIES COMPLÉMENTAIRES EN CAS D'IMMOBILISATION DE L'ASSURÉ OU DE SON CONJOINT

En cas d'accident corporel entraînant une immobilisation au domicile supérieure à 5 jours, l'assistant organise et prend en charge les garanties suivantes :

3.5.1. Services de proximité

• Livraison de médicaments

Lorsque ni l'assuré ou son conjoint, ni l'un de leurs proches ne sont en mesure de retirer les médicaments prescrits par le médecin traitant, l'assistant se charge de les retirer à la pharmacie la plus proche du domicile et de les livrer. La garantie est limitée à une livraison sur une période maximale de 30 jours. Le prix des médicaments demeure à la charge du bénéficiaire.

• Livraison de matériel médical

Lorsque ni l'assuré ou son conjoint, ni l'un de leurs proches ne sont en mesure d'aller chercher le matériel médical venant d'être prescrit par ordonnance par le médecin, l'assistant se charge de les retirer à la pharmacie habituelle ou à la pharmacie la plus proche du domicile et de les livrer. La garantie est limitée à une livraison sur une période maximale de 30 jours. Le prix du matériel demeure à la charge du bénéficiaire.

• Accompagnement dans les déplacements de la personne immobilisée

Dès lors que l'événement ne relève pas de l'urgence, l'assistant peut indiquer les coordonnées de prestataires pouvant organiser les déplacements de l'assuré ou de son conjoint, avec l'aide d'un accompagnateur qui le véhiculera et restera à ses côtés.

3.6. GARANTIES COMPLÉMENTAIRES EN CAS D'HOSPITALISATION DE L'ASSURÉ OU DE SON CONJOINT

3.6.1. Fermeture du domicile quitté en urgence

En cas d'accident corporel entraînant une hospitalisation imprévue de plus de 3 jours de l'assuré ou de son conjoint et en l'absence d'un proche présent localement, l'assistant organise et prend en charge la venue d'une aide à domicile dans la limite de 2 heures afin de s'assurer que l'habitation soit apte à rester fermée pendant une durée indéterminée.

Cette prestation comprend :

- la fermeture des accès du logement : portes, portail, garage, fenêtres, volets,
- la fermeture des éléments situés à l'intérieur du logement : lumières, appareils électriques, eau, gaz,
- le traitement des denrées périssables : vider les poubelles, lave-vaisselle, machine à laver, tri des aliments du réfrigérateur.

La prestation est conditionnée à la remise d'une demande écrite d'intervention de l'assuré ou de son conjoint, la mise à disposition des clés et/ou du code d'accès de l'habitation et des conditions d'accessibilité en toute sécurité aux locaux.

L'assistant intervient dans les 24 heures suivant la remise des clés et/ou du code d'accès de l'habitation. Ce délai peut être porté à 48 heures si la transmission des clés est faite le week-end ou la veille d'un jour férié.

Si nécessaire, l'assistant organise et prend en charge, dans la limite de **100 €**, le trajet aller en taxi pour récupérer les clés et les remettre à l'intervenant. La même prise en charge est accordée en fin de mission pour la restitution des clés.

3.6.2. Préparation du retour au domicile

En cas d'accident corporel entraînant une hospitalisation imprévue supérieure à 14 jours de l'assuré ou de son conjoint et en l'absence d'un proche présent localement, l'assisteuse organise et prend en charge la venue d'une aide à domicile dans la limite de 4 heures pour permettre un retour au domicile dans les meilleures conditions.

Cette prestation comprend :

- la réouverture du domicile avec notamment l'ouverture des volets, de l'eau, du gaz, de l'électricité et des appareils électriques,
- la mise en température du chauffage du logement, le ménage,
- les courses, le coût des courses demeurant à la charge de l'assuré.

La prestation est conditionnée à la remise d'une demande écrite d'intervention de l'assuré ou de son conjoint, la mise à disposition des clés et/ou du code d'accès de l'habitation et des conditions d'accessibilité en toute sécurité aux locaux.

L'assisteuse intervient dans les 24 heures suivant la remise des clés et/ou du code d'accès de l'habitation. Ce délai peut être porté à 48 heures si la transmission des clés est faite le week-end ou la veille d'un jour férié.

Si nécessaire, l'assisteuse organise et prend en charge, dans la limite de **100 €**, le trajet aller en taxi pour récupérer les clés et les remettre à l'intervenant dans les 24 heures précédant la date de sortie de l'hôpital ou le jour de la sortie. La même prise en charge est accordée en fin de mission pour la restitution des clés.

Si les clés ne peuvent être remises à l'intervenant préalablement à la sortie du bénéficiaire et sous réserve qu'il ait été missionné 48 heures avant la sortie de l'hôpital, l'intervenant accomplira sa mission le jour du retour au domicile.

3.7. GARANTIES COMPLÉMENTAIRES EN CAS D'HOSPITALISATION OU D'IMMOBILISATION D'UN PARENT

En cas d'accident corporel entraînant une hospitalisation imprévue supérieure à 3 jours ou une immobilisation supérieure à 5 jours, l'assisteuse organise et prend en charge les garanties suivantes :

3.7.1. Prise en charge des enfants (âgés de moins de 16 ans) ou enfants handicapés (sans limite d'âge) et des ascendants à charge

• Le déplacement d'un proche ou d'une personne au choix de l'assuré pour garde au domicile des enfants/ascendants

L'assisteuse organise et prend en charge le déplacement aller et retour en France d'un proche ou d'une personne au choix de l'assuré, pour garder les enfants au domicile (billet de train 1^{ère} classe ou avion classe économique).

OU

• Le transfert des enfants et ou des ascendants chez un proche ou chez une personne au choix de l'assuré

L'assisteuse organise et prend en charge, le voyage aller et retour en France des enfants et ou des ascendants, ainsi que celui d'un adulte les accompagnant, en train 1^{ère} classe ou en avion classe économique, auprès d'un proche ou chez une personne au choix de l'assuré, susceptibles de les accueillir.

En cas de nécessité, ou d'indisponibilité d'un accompagnateur, l'assisteuse organise et prend en charge l'accompagnement des enfants par l'un de ses prestataires.

OU

• La garde des enfants et ou des ascendants

L'assisteuse organise et prend en charge la garde des enfants et ou des ascendants au domicile par l'un de ses intervenants habilités. Le nombre d'heures de garde attribué est évalué par l'assisteuse selon la situation et ne pourra excéder 20 heures réparties sur une période maximale de 5 jours.

Ces trois garanties ne se cumulent pas.

• Soutien scolaire chez un proche

En cas de transfert de(s) l'enfant(s) chez un proche éloigné géographiquement de l'école, empêchant la poursuite des cours, l'assisteuse organise et prend en charge un soutien pédagogique de l'enfant du primaire au secondaire dans les matières principales (mathématiques, français, sciences de la vie et de la terre, physique/chimie, langues, histoire/géographie, philosophie, économie), au domicile du proche, jusqu'à 2 heures par semaine, maximum 4 semaines, hors vacances scolaires et jours fériés.

Cette garantie est acquise pour les enfants du primaire au secondaire sans limite d'âge.

Cette garantie n'est pas cumulable avec la conduite à l'école.

• La conduite à l'école et le retour au domicile des enfants

Lorsqu'aucun proche ne peut se rendre disponible, l'assisteuse organise et prend en charge la conduite à l'école et le retour des enfants jusqu'à un rayon de 50 km du domicile par l'un de ses prestataires, dans la limite d'un aller-retour par jour et par enfant, jusqu'à 5 jours répartis sur une période de 30 jours.

Pour les enfants handicapés, la conduite en centre spécialisé s'effectue selon les mêmes dispositions, sans aucune limite d'âge.

• La conduite aux activités extrascolaires

Lorsqu'aucun proche ne peut se rendre disponible, l'assisteuse organise et prend en charge la conduite aux activités extrascolaires et le retour des enfants jusqu'à un rayon de 50 km du domicile par l'un de ses prestataires, dans la limite d'un aller-retour par semaine par enfant sur une période de 30 jours maximum.

Ces deux garanties ne sont pas cumulables avec le soutien scolaire chez un proche.

3.8. GARANTIES EN CAS D'HOSPITALISATION OU D'IMMOBILISATION D'UN ENFANT

3.8.1. Prise en charge des enfants (âgés de moins de 16 ans) ou enfants handicapés (sans limite d'âge) en cas d'hospitalisation imprévue supérieure à 3 jours

- **La garde des frères et sœurs**

L'assistant organise et prend en charge la garde des autres enfants de moins de 16 ans, lorsqu'aucun proche ne peut l'assumer, par :

- > la prise en charge d'un billet de train aller/retour d'un proche résidant en France,
 - > ou s'il y a lieu, leur garde au domicile par un intervenant habilité.
- Le nombre d'heures est évalué par l'assistant selon la situation et ne pourra excéder 20 heures réparties sur une période maximale de 5 jours.

3.8.2. Prise en charge des enfants (âgés de moins de 16 ans) ou enfants handicapés (sans limite d'âge) en cas d'immobilisation au domicile supérieure à 14 jours

- **Soutien scolaire**

L'assistant organise et prend en charge son soutien pédagogique jusqu'à la reprise des cours.

Cette garantie s'applique pendant l'année scolaire en cours, il s'agit de cours particuliers dans les matières principales (mathématique, français, sciences de la vie et de la terre, physique/chimie, langues, histoire/géographie, philosophie, économie), donnés au domicile de l'enfant, jusqu'à 15 heures par semaine, hors vacances scolaires et jours fériés.

Cette garantie est acquise pour les enfants du primaire au secondaire sans limite d'âge.

3.9. INFORMATIONS & CONSEILS

3.9.1. Conseil social

L'assistant organise et prend en charge jusqu'à 5 entretiens téléphoniques par foyer sur une période de 12 mois avec un travailleur social. Ces conseils sont mis en œuvre du lundi au vendredi, hors jours fériés.

Le travailleur social évalue les besoins d'aide et d'accompagnement en matière de droits sociaux, identifie les priorités et propose des solutions.

3.9.2. Informations juridiques

L'assistant met à disposition des bénéficiaires, du lundi au samedi, hors jours fériés, un service téléphonique d'information juridique pour apporter des réponses en matière de droit français dans des domaines

tels que : famille, santé, droit du travail, retraite, dépendance, succession, fiscalité, administration, justice, vie pratique, vacances à l'étranger...

3.9.3. Soutien psychologique

En cas d'événements traumatisants, tels qu'un accident, une maladie grave, un décès, affectant l'un des bénéficiaires, l'assistant peut organiser et prendre en charge, selon la situation :

- de 1 à 5 entretiens téléphoniques avec un psychologue clinicien,
- et, si nécessaire, de 1 à 3 entretiens en face à face avec un psychologue clinicien.

Les prestations doivent être exécutées dans un délai d'un an à compter de la date de survenance de l'événement.

3.10. GARANTIES EN CAS D'ACCIDENT LOURD AVEC PERTE D'AUTONOMIE

3.10.1. Enveloppe de service adultes accidentés

En cas d'accident lourd avec perte d'autonomie du bénéficiaire (à l'exclusion des bénéficiaires mineurs), l'assistant met à sa disposition une enveloppe de services limitée à 100 unités de consommation à utiliser sur une période maximale de 12 mois à compter de l'événement.

Dans l'attente de la réception du certificat médical, adressé sous pli confidentiel à l'attention des médecins de l'assistant, des mesures conservatoires d'aide-ménagère peuvent être mises en œuvre à concurrence de 6 heures sur une semaine. Le nombre d'heures attribuées est évalué par l'assistant selon la situation.

Il ne sera accordé qu'une enveloppe de services sur une même période de 12 mois.

Ces unités peuvent être demandées au fur et à mesure des besoins. Ces prestations ne sont pas cumulables avec les garanties liées à l'hospitalisation ou l'immobilisation.

Le nombre d'unités ne pourra être modifié dès lors que l'accord du bénéficiaire aura été donné pour la mise en œuvre d'une ou plusieurs prestations et que celles-ci auront débuté.

ENVELOPPE ADULTE ACCIDENTÉ	UNITÉ DE MESURE	VALEUR UNITAIRE
Aide-ménagère	1 heure	1 unité
Présence d'un proche	1 transport aller-retour / hébergement*	10 unités
Transport aux RDV médicaux**	1 transport aller/retour	4 unités
Livraison de médicaments	1 livraison	2 unités
Livraison de courses	1 livraison	4 unités
Portage de repas	1 livraison	1 unité
Coiffure à domicile	1 déplacement	1 unité
Entretien jardin	1 heure	1 unité
Garde d'enfant	1 heure	2 unités
Conduite à l'école	1 transport aller/retour	2 unités
Conduite aux activités extrascolaires	1 transport aller/retour	2 unités

* Dans la limite de 2 nuits, petits déjeuners inclus, à concurrence de 92 € par nuit.

** Dans un rayon de 50 kilomètres.

3.10.2. Enveloppe de service pour enfants (moins de 16 ans) ou enfants handicapés (sans limite d'âge) accidentés

En cas d'accident lourd avec perte d'autonomie d'un bénéficiaire de moins de 16 ans ou d'un bénéficiaire handicapé (sans limite d'âge), l'assistant met à sa disposition une enveloppe de services limitée à 100 unités de consommation à utiliser sur une période maximale de 12 mois à compter de l'événement.

Il ne sera accordé qu'une enveloppe de services par bénéficiaire sur une même période de 12 mois.

Ces unités peuvent être demandées au fur et à mesure des besoins. Ces prestations ne sont pas cumulables avec les garanties liées à l'hospitalisation ou l'immobilisation.

Le nombre d'unités ne pourra être modifié dès lors que l'accord du bénéficiaire aura été donné pour la mise en œuvre d'une ou plusieurs prestations et que celles-ci auront débuté.

ENVELOPPE ENFANT ACCIDENTÉ	UNITÉ DE MESURE	VALEUR UNITAIRE
Garde d'enfant malade	1 heure	2 unités
Présence d'un proche	1 transport aller-retour / hébergement*	10 unités
Transport aux RDV médicaux**	1 transport aller/retour	4 unités
Livraison de courses	1 livraison	4 unités
Portage de repas	1 livraison	1 unité
Coiffure à domicile	1 déplacement	1 unité

* Dans la limite de 2 nuits, petits déjeuners inclus, à concurrence de 92 € par nuit.

** Dans un rayon de 50 kilomètres.

3.11. GARANTIES COMPLÉMENTAIRES EN CAS D'ACCIDENT LOURD AVEC PERTE D'AUTONOMIE, ADULTES ENFANTS

3.11.1. Ergothérapeute

En cas d'accident lourd avec perte d'autonomie, l'assistant organise et prend en charge la venue d'un ergothérapeute au domicile du bénéficiaire. Cette prestation est limitée à une visite par accident.

Cette garantie comprend l'évaluation de la personne dans son lieu de vie (bilan de la personne, bilan matériel de l'environnement de vie). Cette évaluation peut être complétée par un rapport (croquis des aménagements et cotes d'accessibilité) préconisant des solutions d'aménagement du domicile et/ou du véhicule.

3.11.2. Service travaux pour aménagement du domicile

Lorsque l'ergothérapeute préconise des solutions d'aménagements du domicile, l'assistant peut mettre en relation l'assuré avec une structure du groupe IMA qui servira d'intermédiaire avec des professionnels du bâtiment pour une aide à la réalisation de travaux d'aménagement de l'habitat :

- envoi sur site de professionnels susceptibles d'effectuer les réparations,
- établissement par ces prestataires d'un diagnostic des réparations à effectuer ainsi qu'un devis,
- vérification de la cohérence technique et tarifaire des devis,
- suivi des travaux, des coûts, des délais.

Les travaux restent à la charge de l'assuré. La mise en œuvre de ce service fait l'objet d'un devis de 50 € qui resteront à la charge de l'assuré dans le cas où le devis serait accepté plus de deux mois après son établissement ou refusé.

3.11.3. Aide au retour à l'emploi

En cas d'inaptitude à poursuivre tout ou partie de son activité professionnelle suite à un accident lourd avec perte d'autonomie, l'assistant met à disposition du bénéficiaire une aide au retour à l'emploi et ce, dès que le bénéficiaire est déclaré médicalement apte à reprendre une activité professionnelle.

L'aide apportée par l'assistant est composée comme suit :

- Bilan professionnel et identification des métiers possibles suite à accident, deuil de l'entreprise et de l'ancienne activité professionnelle. Dans la limite de 5 entretiens téléphoniques de deux heures avec des conseillers spécialisés. Le suivi de cette étape sera réalisé sur une période maximum de 90 jours.

- Le cas échéant, conseils sur les démarches spécifiques au travailleur handicapé par des conseillers spécialisés : présentation des acteurs institutionnels et des démarches administratives à effectuer.

- Techniques de recherches d'emploi : comment rédiger un CV et une lettre de motivation, préparer une prospection téléphonique, préparer un entretien d'embauche.

Dans la limite de 3 entretiens individuels de deux heures avec des conseillers spécialisés.

Le suivi de cette étape sera réalisé sur une période maximum de 6 semaines.

- Prospection d'offres d'emploi : mise en ligne du CV sur le site du spécialiste en ressources humaines, accès aux offres ciblées par le consultant et réalisation d'un mailing et d'un phoning auprès de 50 entreprises ciblées.

Le suivi de cette phase sera réalisé par le biais de 3 entretiens téléphoniques sur une période de 3 mois.

- Les entretiens individuels avec les conseillers spécialisés peuvent se dérouler :

- › soit en face à face dans le local du conseiller,
- › soit, si le bénéficiaire ne souhaite pas ou n'est pas en mesure de se déplacer, par téléphone.

L'aide au retour à la vie professionnelle suite à accident ne se substitue pas aux prestations des organismes et associations institutionnels. Aucune démarche matérielle ne sera effectuée par l'assistant auprès de ces organismes et associations ou auprès de toute institution ou administration dont le bénéficiaire relèverait.

En outre, la responsabilité de l'assistant ne pourra en aucun cas être engagée dans le cas d'une mauvaise utilisation ou interprétation inexacte, par le bénéficiaire, du ou des renseignements(s) communiqué(s).

3.11.4. Conseil social

L'assistant organise et prend en charge jusqu'à 5 entretiens téléphoniques par foyer sur une période de 12 mois avec un travailleur social. Ces conseils sont mis en œuvre du lundi au vendredi, hors jours fériés.

Le travailleur social évalue les besoins d'aide et d'accompagnement en matière de droits sociaux, identifie les priorités et propose des solutions.

3.12. GARANTIES D'ASSISTANCE AUX PERSONNES EN DÉPLACEMENT EN CAS D'ACCIDENT CORPOREL

En cas d'accident corporel survenu lors d'un déplacement à plus de 50 km du domicile en France ou dans le monde entier lors d'un séjour d'une durée inférieure à 90 jours consécutifs.

3.12.1. Transport sanitaire ou rapatriement

L'assisteur organise et prend en charge le transport sanitaire ou le rapatriement du bénéficiaire vers un centre hospitalier adapté (soit dans le pays, soit en France) 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, prise en charge du transfert vers un hôpital plus proche 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.

3.12.2. Transport d'une personne accompagnant le bénéficiaire

L'assisteur organise et prend en charge le transport d'une personne accompagnant le bénéficiaire resté sur place lors de son transport sanitaire, si l'état du bénéficiaire le justifie et s'il n'y a pas de contre-indication.

3.12.3. Retour au domicile

L'assisteur organise et prend en charge le retour au domicile de l'assuré des autres bénéficiaires si l'absence du bénéficiaire accidenté les empêche de rejoindre le domicile par les moyens initialement prévus.

3.12.4. Déplacement d'un proche ou d'une personne désigné au choix de l'assuré en cas d'hospitalisation supérieure à 10 jours

L'assisteur organise et prend en charge :

- le voyage A/R en train 1^{ère} classe ou en avion classe économique, au départ de la France,
- le séjour à l'hôtel dans la limite de 50 € TTC par nuit, avec un maximum de 10 nuits.

3.12.5. Prolongation du séjour pour un accompagnant en cas d'hospitalisation supérieur à 10 jours

L'assisteur organise et prend en charge :

- le séjour à l'hôtel dans la limite de 50 € TTC par nuit, avec un maximum de 10 nuits.

3.12.6. Retour des enfants de moins de 15 ans

L'assisteur organise et prend en charge :

- le voyage A/R en train 1^{ère} classe ou en avion classe économique, d'un proche ou d'un accompagnant au départ de la France.

3.12.7. Frais médicaux, chirurgicaux ou d'hospitalisation engagés à l'étranger

Lorsque le bénéficiaire, accidenté à l'étranger, 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 garanti, l'assisteur propose :

3.12.7.1. Remboursement complémentaire des frais médicaux ou d'hospitalisation engagés à l'étranger

La prise en charge par l'assisteur 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 auquel le bénéficiaire est affilié.

Les remboursements effectués par l'assisteur ne peuvent être inférieurs à 15 € TTC et sont limités à 3 800 € TTC par événement couvert par la présente convention d'assistance. Le remboursement des soins dentaires est, quant à lui, limité à 80 € TTC.

Les demandes de prise en charge complémentaires doivent obligatoirement être accompagnées des décomptes originaux des remboursements obtenus auprès des organismes d'assurance maladie.

Ne donnent pas lieu à une prise en charge complémentaire :

- les frais de prothèses internes, optiques, dentaires, acoustiques, esthétiques ou autres,
- les frais engagés en France métropolitaine et dans les départements d'Outre-Mer, qu'ils soient consécutifs ou non à un accident ou une maladie survenu en France ou à l'étranger,
- les frais de rééducation, de cure thermale ou de séjour en maison de repos.

3.12.7.2. Avance sur frais chirurgicaux ou d'hospitalisation à l'étranger

L'assisteur procède à l'avance de fonds à hauteur de 3 800 € TTC pour couvrir les éventuels frais médicaux restés à la charge de l'assuré.

Cette avance doit être remboursée sous 30 jours.

3.13. GARANTIES EN CAS DE DÉCÈS SUITE À UN ACCIDENT EN FRANCE OU À L'ÉTRANGER

L'assisteuse apporte son concours aux proches du bénéficiaire pour les aider à faire face au décès d'un bénéficiaire :

3.13.1. Rapatriement ou transport du corps

L'assisteuse organise et prend en charge, à la demande des proches du bénéficiaire, le rapatriement ou le transport de corps depuis le lieu de mise en bière jusqu'au lieu d'inhumation en France. Les frais annexes nécessaires au transport du corps (hors frais de cercueil) sont également pris en charge dans la limite de 770 € TTC.

En cas de rapatriement différé du corps (inhumation provisoire), l'assisteuse organise et prend en charge les frais de transport du corps du bénéficiaire jusqu'au lieu d'inhumation définitive, en France, après les délais légaux d'exhumation. Les frais d'exhumation et les frais d'accessoires, de cérémonie, d'inhumation ou de crémation en France sont à la charge des familles.

3.13.2. Transport d'une personne accompagnant le bénéficiaire

L'assisteuse organise et prend en charge le transport d'une personne accompagnant le bénéficiaire resté sur place lors de son transport sanitaire, si l'état du bénéficiaire le justifie et s'il n'y a pas de contre-indication.

3.13.3. Reconnaissance de corps et formalités décès

Dès lors que le décès a eu lieu à plus de 100 km du domicile, l'assisteuse organise et prend en charge :

- le voyage A/R en train 1^{ère} classe ou en avion classe économique, d'un bénéficiaire au départ de la France,
- le séjour à l'hôtel du bénéficiaire, dans la limite de 80 € TTC par nuit, avec un maximum de 2 nuits.

3.14. LES EXCLUSIONS

3.14.1. Fausse déclaration

La fausse déclaration intentionnelle du bénéficiaire, lors de la survenance d'un événement garanti entraîne la perte du droit à garantie. Il appartient à IMA Assurances d'établir le caractère frauduleux de la déclaration.

3.14.2. Force majeure

IMA Assurances n'est pas tenu responsable des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure ou d'événements tels que pandémie, épidémie, guerre civile ou étrangère, révolution, mouvement populaire, émeute, attentat, grève, saisie ou contrainte par la force publique, interdiction officielle, piraterie, explosion d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques.

3.14.3. Refus du bénéficiaire

Si le bénéficiaire refuse les garanties proposées par IMA Assurances, le bénéficiaire organise dans ce cas librement et sous son entière responsabilité les actions qu'il juge les plus adaptées à la situation, IMA Assurances étant dégagée de toute obligation. En aucun cas, IMA Assurances ne peut être tenu au paiement des frais engagés par le bénéficiaire.

3.14.4. Exclusions pour l'assistance santé à domicile

Ne donnent pas lieu à l'application des garanties :

- les hospitalisations et immobilisations consécutives à des maladies non soudaines, prévisibles,
- les hospitalisations dans des établissements et services psychiatriques, gériatriques et gériatriques,
- les hospitalisations liées à des soins de chirurgie plastique entrepris pour des raisons exclusivement esthétiques, ainsi que leurs conséquences, en dehors de toute intervention à la suite de blessures, malformations ou lésions liées à des maladies,
- les hospitalisations liées au changement de sexe, à la stérilisation, aux traitements pour transformations, dysfonctionnements ou insuffisances sexuelles, ainsi que leurs conséquences,
- les séjours en centre de convalescence,
- les hospitalisations programmées,
- les hospitalisations et immobilisations consécutives à l'usage de drogues, de stupéfiants non ordonnés médicalement et à la consommation d'alcools ou résultant de l'action volontaire du bénéficiaire (tentative de suicide ou mutilation volontaire).

3.14.5. Exclusions pour l'assistance décès

Ne donnent pas lieu à l'application des garanties :

- les décès par suicide s'ils surviennent moins d'un an à compter de la date d'effet des garanties,
- les décès consécutifs :
 - › à une inobservation volontaire de la réglementation du pays visité ou de la pratique d'activités non autorisées par les autorités locales,
 - › à la pratique, à titre professionnel, de tout sport,
 - › à la pratique d'un sport dans le cadre de compétitions organisées par une fédération sportive et pour lesquelles une licence est délivrée,
 - › à la participation à des démonstrations, acrobaties, rallyes, compétitions ou à des épreuves d'endurance ou de vitesse ainsi qu'à leurs essais préparatoires, à bord de tout engin de locomotion terrestre, nautique ou aérien,
 - › à la participation volontaire à des rixes sauf en cas de légitime défense, à des guerres civiles ou étrangères, à des attentats, à des émeutes, à des insurrections, à des grèves, à des actes de terrorisme, de pirateries, de sabotage, à des mouvements populaires quel que soit le lieu où se déroulent ces événements et quels que soient les protagonistes,
 - › à un état ou à un accident résultant de l'usage de drogues, de stupéfiants et produits assimilés non prescrits médicalement, ou à l'absorption d'alcool (le cas échéant : si le taux d'alcoolémie est supérieur au taux légal de tolérance),
 - › aux effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur ou d'irradiation provenant de la transmutation des noyaux d'atome.

3.14.6. Exclusions pour l'assistance déplacement

Ne sont en aucun cas pris en charge par IMA Assurances :

Certains frais et dépenses :

- les frais liés aux affections ou lésions n'empêchant pas le bénéficiaire de poursuivre son déplacement et dont le traitement peut être différé à son retour,
- les frais de repas, les frais de téléphone et de connexion internet ainsi que les frais de bar en cas d'hébergement pris en charge par IMA Assurances au titre des garanties,
- les frais de confort personnel (radio, télévision, coiffeur...),
- les frais d'achat ou de location d'appareils de climatisation, d'humidificateurs, d'appareils à aérosol et des appareils pour exercices physiques,
- les frais engagés par le bénéficiaire de sa propre initiative, sans l'accord préalable d'IMA Assurances, sauf cas de force majeure,
- les frais non mentionnés expressément comme donnant lieu à remboursement et toute dépense pour laquelle le bénéficiaire ne peut produire de justificatif,
- les dépenses occasionnées par les proches ou les membres de la famille du bénéficiaire pendant sa période d'hospitalisation,
- les frais liés aux excédents de poids de bagages lors d'un rapatriement par avion de ligne,
- les frais résultant de soins ou traitements ne résultant pas d'une urgence médicale,

- les frais d'optique (lunettes ou verres de contact, par exemple),
- les frais d'appareillages médicaux et prothèses (dentaires notamment),
- les frais de séjour en maison de repos, et en centres de rééducation ou maisons de convalescence
- les frais de rééducation, kinésithérapie, chiropraxie,
- les visites médicales de contrôle et les frais s'y rapportant,
- les frais d'achat de vaccins et les frais de vaccination,
- les frais de bilan de santé et de traitements médicaux ordonnés en France,
- les frais médicaux qui interviennent dans le pays du domicile du bénéficiaire,
- les frais de transports primaires, c'est-à-dire les transports sanitaires d'urgence relevant d'une organisation décidée par la puissance publique locale,
- les frais liés au changement de sexe, à la stérilisation, les traitements pour transformations, dysfonctionnements ou insuffisances sexuelles,
- les frais de cure thermale, d'héliothérapie, d'amaigrissement, de rajeunissement et de toute cure de « confort » ou de traitement à visée esthétique,
- les événements suivants :
 - › les grèves, la manipulation d'armes, la participation volontaire à des paris, crimes ou rixes, sauf en cas de légitime défense,
 - › les attentats, guerres civiles ou étrangères, révolution, émeute,
 - › les actes intentionnels et fautes dolosives, y compris le suicide et la tentative de suicide,
 - › la consommation d'alcool lorsqu'elle est directement à l'origine de la cause de l'événement, de drogue, et de toute substance stupéfiante mentionnée au Code de la santé publique, non prescrite médicalement,
 - › tout effet d'origine nucléaire ou causé par toute source de rayonnement ionisant,
 - › les événements dont la responsabilité peut incomber soit à l'organisateur du voyage en application du Titre I du Livre II du Code du tourisme fixant les conditions d'exercice des activités d'organisation et de vente de séjours, soit au transporteur, notamment en raison de sécurité aérienne et/ou de surréservation,
 - › les voyages à visée diagnostique et/ou thérapeutique, c'est-à-dire ayant pour objectif de consulter un praticien ou d'être hospitalisé pour un traitement quel qu'en soit sa nature ainsi que les déplacements pour greffe d'organe,
 - › les rapatriements en rapport avec un état antérieur ayant justifié un premier rapatriement organisé par IMA Assurances,
 - › l'interruption volontaire de grossesse, l'accouchement, les fécondations in vitro et leurs conséquences,
 - › les états de grossesse dans le cadre de leur déroulement normal, sauf complication imprévue,
 - › les événements, et leurs conséquences, survenus lors de la pratique de sports à titre professionnel ou dans le cadre d'une compétition, ou sous contrat avec rémunération, ainsi que les entraînements préparatoires,
 - › l'inobservation d'interdictions officielles, ainsi que le non-respect des règles officielles de sécurité, liées à la pratique d'une activité sportive,

- les conséquences des situations ou événements suivants :
 - › les conséquences d'infractions volontaires à la législation locale en vigueur,
 - › les conséquences des blessures et maladies préexistantes, diagnostiquées et/ou traitées, ayant fait l'objet d'une hospitalisation ou de soins ambulatoires dans les 6 mois précédent le début du voyage,
 - › les conséquences d'une affection en cours de traitement, non consolidée pour laquelle le bénéficiaire est en séjour de convalescence, ainsi que les affections survenant au cours d'un voyage entrepris dans un but de diagnostic et/ou de traitement,
 - › les conséquences des accidents ou lésion bénignes qui peuvent être traitées sur place,
 - › les conséquences des situations à risques infectieux en contexte épidémique qui font l'objet d'une mise en quarantaine, de mesures préventives ou de surveillances spécifiques de la part de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), du Ministère en charge des Affaires Étrangères ou des autorités sanitaires locales et/ou nationales du pays dans lequel le bénéficiaire séjourne,

- › les conséquences de l'exposition à des agents biologiques infectant, de l'exposition à des agents chimiques types gaz de combat, de l'exposition à des agents incapacitants, de l'exposition à des agents neurotoxiques ou à des effets neurotoxiques rémanents,
- › les conséquences d'un accident survenu lors de la pratique d'une activité aérienne (y compris delta-plane, parapente, planeur) ou de l'un des sports suivants : skeleton, bobsleigh, saut à ski, alpinisme avec passage en cordée, varappe, plongée sous-marine avec ou sans appareil autonome, spéléologie, saut à l'élastique, parachutisme, kitesurf, base jump.

La responsabilité d'IMA Assurances ne saurait être recherchée en cas de refus par le bénéficiaire de soins ou d'examen préalable à un transport sanitaire, dans un établissement public ou privé ou auprès d'un médecin, qui auront été préconisés par IMA Assurances.

Par ailleurs, IMA Assurances intervient dans la limite des accords donnés par les autorités locales, médicales et/ou administratives, et ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux d'urgence, ni prendre en charge les frais ainsi engagés s'ils relèvent de l'autorité publique.

La preuve de l'exclusion incombe à IMA Assurances.

3.15. VIE DU CONTRAT

3.15.1. Durée des garanties

La validité des garanties d'assistance est liée à la validité du contrat e.NOV COUP DUR souscrit par l'assuré par l'intermédiaire de Novélia.

3.15.2. Résiliation

Les garanties d'assistance cessent de plein droit en cas de résiliation du contrat souscrit par l'assuré par l'intermédiaire de **Novélia** pour tout événement survenu ultérieurement ainsi qu'en cas de résiliation du contrat d'assurance souscrit par **Suravenir Assurances** auprès d'IMA Assurances. Toutefois, dès lors que l'intervention d'assistance aurait été engagée avant la résiliation, elle est menée à son terme par IMA Assurances.

3.15.3. Prescription

Toute action dérivant de la convention d'assistance est prescrite 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 IMA Assurances en a eu connaissance ;
- 2) en cas de sinistre, que du jour où les bénéficiaires en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action des bénéficiaires contre IMA Assurances 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 les bénéficiaires ou a été indemnisé par ces derniers.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription :

- la reconnaissance non équivoque par IMA Assurances du droit à garantie des bénéficiaires,
- la demande en justice, même en référé,
- une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles ou un acte d'exécution forcée.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de la désignation d'experts à la suite d'un sinistre ou de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception adressés par IMA Assurances aux bénéficiaires en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par les bénéficiaires à IMA Assurances en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Par dérogation à l'article 2254 du Code civil, IMA Assurances et les bénéficiaires 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.

3.15.4. Protection des données personnelles

Les catégories de données suivantes sont collectées dans le cadre de l'exécution du contrat d'assistance :

- des données relatives à l'identification des personnes parties, intéressées ou intervenantes au contrat,
- des données relatives à la situation familiale,
- des données nécessaires à la passation, l'application du contrat et à la gestion des sinistres,
- des informations relatives à la détermination ou à l'évaluation des préjudices,
- des données de localisation des personnes ou des biens en relation avec les risques assurés,
- des données médicales pour lesquelles l'assuré a donné son consentement lors de la souscription du contrat.

Ces données sont utilisées pour la stricte exécution des services et notamment pour :

- l'exécution des contrats,
- l'élaboration des statistiques et études actuarielles,
- l'exercice des recours et la gestion des réclamations et des contentieux,
- les opérations relatives au suivi de la relation client (ex : passation d'enquête de satisfaction),
- la mise en œuvre de dispositifs de contrôles, notamment en matière de lutte contre la fraude et la corruption,
- la gestion des demandes de droit d'accès, de rectification et d'opposition,
- l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives.

Les données nécessaires à la mise en œuvre des garanties d'assistance sont transmises aux prestataires chargés de l'exécution de ces garanties, ainsi qu'à tout intervenant dans l'opération d'assistance. Elles peuvent être accessibles ou transmises à des sous-traitants techniques pour les opérations d'administration et de maintenance informatiques.

La demande de mise en œuvre des garanties emporte autorisation expresse des bénéficiaires de communiquer les informations médicales susceptibles d'être collectées à tout professionnel devant en connaître pour accomplir la mission qui lui est confiée. Dans ces conditions, les bénéficiaires reconnaissent libérer les professionnels de santé susceptibles d'intervenir dans la mise en œuvre des garanties de leur obligation de secret professionnel sur les informations médicales.

Des enregistrements des conversations téléphoniques sont susceptibles d'être effectués par IMA Assurances pour des besoins de formation, d'amélioration de la qualité et de prévention des litiges. Le bénéficiaire peut s'y opposer en le signalant au conseiller lors des contacts téléphoniques.

Les données sont conservées pendant la durée de la relation assurantielle majorée des délais de prescription en vigueur. Elles sont ensuite anonymisées pour être conservées à des fins statistiques.

Le bénéficiaire peut, à tout moment, retirer son consentement au traitement de ses données personnelles de santé auprès du Délégué à la Protection des Données : Direction des Affaires Juridiques - 118 avenue de Paris - 79000 Niort / dpo@ima.eu. Dans ce cas, il accepte de ne plus bénéficier des garanties d'assistance associées.

Conformément aux dispositions légales, le bénéficiaire dispose d'un droit d'accès, de rectification, de suppression, de limitation, de portabilité et d'opposition pour motif légitime. Il peut les exercer, sous réserve de la fourniture d'une pièce justificative d'identité, auprès d'IMA Assurances, aux coordonnées suivantes : Direction des Affaires Juridiques - 118 avenue de Paris - 79000 Niort / dpo@ima.eu.

Le bénéficiaire dispose du droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL s'il considère que le traitement de données à caractère personnel le concernant constitue une violation des dispositions légales.

3.15.5. Réclamations et médiation

Une réclamation est une déclaration actant d'un mécontentement concernant les garanties d'assistance mises en œuvre, ou la relation avec IMA Assurances au cours de cette mise en œuvre (une demande de service ou de prestation, une demande d'information, de clarification ou une demande d'avis n'est pas une réclamation).

En cas de réclamation, les bénéficiaires peuvent contacter le Service Consommateur d'IMA Assurances :

- par courriel depuis le site www.ima.eu
- par courrier papier à l'adresse suivante :
IMA Assurances
Service Consommateur
118 avenue de Paris
CS 40000
79033 Niort cedex 9

Le Service Consommateur s'engage à accuser réception de la réclamation dans les dix jours ouvrables de sa réception, et à y apporter une réponse dans un délai de deux mois maximum.

En dernier recours, si le désaccord persiste après la réponse du Service Consommateur ou en l'absence de réponse dans le délai réglementaire, les bénéficiaires peuvent saisir le Médiateur de l'Assurance par mail à l'adresse suivante : www.mediation-assurance.org ou par courrier à l'adresse suivante : La Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 Paris cedex 9. La demande auprès du médiateur doit être introduite dans le délai d'un an à compter de la réclamation écrite.

SYNTHÈSE DES PRESTATIONS D'ASSISTANCE

GARANTIES EN CAS D'HOSPITALISATION OU D'IMMOBILISATION DE L'ASSURÉ OU DE SON CONJOINT

- › Aide-ménagère
- › Présence d'un proche (au chevet ou au domicile)
- › Transfert & garde d'animaux domestiques
- › Recherche de personnel à domicile / professionnel de santé (infirmière, garde malade, aide-ménagère, pédicure, coiffeur, personne de courtoisie)

GARANTIES COMPLÉMENTAIRES EN CAS D'IMMOBILISATION DE L'ASSURÉ OU DE SON CONJOINT

- › Livraison de médicaments
- › Livraison de matériel médical
- › Accompagnement dans les déplacements de la personne immobilisée (aide d'un accompagnateur qui véhicule et reste au côté du bénéficiaire)

GARANTIES COMPLÉMENTAIRES EN CAS D'HOSPITALISATION DE L'ASSURÉ OU DE SON CONJOINT

- › Fermeture du domicile quitté en urgence
- › Préparation du retour au domicile

GARANTIES COMPLÉMENTAIRES EN CAS D'HOSPITALISATION OU D'IMMOBILISATION D'UN PARENT

- › Prise en charge des enfants < 16 ans / enfants handicapés (sans limite d'âge) et ascendants à charge
- › Soutien scolaire chez un proche ou chez une personne au choix de l'assuré
- › Conduite à l'école
- › Conduite aux activités extrascolaires

GARANTIES EN CAS D'HOSPITALISATION OU D'IMMOBILISATION D'UN ENFANT

- › Garde des frères et sœurs
- › Soutien scolaire (du primaire au secondaire)

GARANTIES INFORMATIONS ET CONSEILS

- › Conseil social
- › Informations juridiques
- › Soutien psychologique

GARANTIES EN CAS D'ACCIDENT LOURD AVEC PERTE D'AUTONOMIE

- › Enveloppe de services adultes accidentés, 100 unités de consommation sur 12 mois
- › Enveloppe de services enfants < 16 ans accidentés, 100 unités de consommation sur 12 mois

GARANTIES COMPLÉMENTAIRES EN CAS D'ACCIDENT LOURD AVEC PERTE D'AUTONOMIE, ADULTES ENFANTS

- › Ergothérapeute
- › Service travaux pour aménagement du domicile
- › Aide au retour à l'emploi
- › Conseil social

GARANTIES D'ASSISTANCE AUX PERSONNES EN DÉPLACEMENT EN CAS D'ACCIDENT CORPOREL

- › Transport sanitaire ou rapatriement
- › Transport d'une personne accompagnant le bénéficiaire
- › Retour au domicile
- › Déplacement d'un proche ou d'une personne désignée au choix de l'assuré en cas d'hospitalisation supérieure à 10 jours
- › Prolongation du séjour pour un accompagnant en cas d'hospitalisation supérieur à 10 jours
- › Retour des enfants de moins de 15 ans
- › Frais médicaux, chirurgicaux ou d'hospitalisation, engagés à l'étranger

PRESTATION EN CAS DE DÉCÈS SUITE À UN ACCIDENT EN FRANCE OU À L'ÉTRANGER

- › Rapatriement ou transport du corps
- › Transport d'une personne accompagnant le bénéficiaire
- › Reconnaissance de corps et formalités décès



NUMÉROS UTILES

**Pour trouver une réponse
à toutes vos questions**



- **Contactez votre assureur conseil**

ses coordonnées figurent
sur vos Conditions Particulières



- **En cas de sinistre**

contactez Novélia au 09 70 80 93 66
(appel non surtaxé - coût selon opérateur)



- **Vous avez besoin d'assistance**

contactez IMA au 05 49 34 80 86
(appel non surtaxé - coût selon opérateur)
24h/24 et 7j/7



Avec Ecofolio
tous les papiers
se recyclent.

NOVÉLIA - SA au capital de 1 000 000 €, 30 boulevard de la Tour d'Auvergne - CS 86523 - 35065 Rennes cedex, Société de courtage en assurances, n° Orias 07 001 889, vérifiable auprès de l'Orias (www.orias.fr), Siren B 383 286 473 RCS Rennes, Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris cedex 9.

SURAVENIR ASSURANCES - Entreprise régie par le Code des assurances, société anonyme au capital entièrement libéré de 45 323 910 €, siège social : 2 rue Vasco de Gama - Saint-Herblain - 44931 Nantes cedex 9, immatriculée au RCS Nantes 343 142 659. Société soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris cedex 9.

IMA ASSURANCES - Société anonyme au capital de 7 000 000 € entièrement libéré, entreprise régie par le Code des assurances, dont le siège social est situé 118 avenue de Paris - CS 40000 - 79033 Niort cedex 9, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Niort sous le numéro 481 511 632, soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris cedex 9.