

Conditions générales valant Notice d'information

⊗ **Présentation de Quiem :**

Quiem est un contrat d'assurance collective à adhésion facultative, souscrit auprès de Mutex par l'Association des Mutualistes Pour la Protection Sociale (AMPPS) et par Aésio Vivre Mieux Ensemble (AVME), au profit des membres participants et ayants droit de ses mutuelles, adhérentes au jour de la souscription du contrat collectif ou à une date ultérieure. La qualité de membre participant s'acquiert au jour de l'adhésion au contrat Quiem.

Le contrat Quiem est régi par le Code des assurances. Il se compose de deux parties :

- les Conditions générales valant Notice d'information qui figurent ci-après ; elles définissent les obligations des parties contractantes ainsi que l'ensemble des garanties proposées.
- les Conditions particulières qui sont propres à chaque adhérent et précisent les caractéristiques de son adhésion (personnes ayant la qualité d'assuré, date d'entrée en vigueur...).

⊗ **Intervenants :**

• **Organismes assureurs :**

Mutex, société anonyme régie par le Code des assurances, siège social : 140 avenue de la République - CS 30007 - 92327 Châtillon cedex, pour les garanties blessures et décès.

IMA Assurances, société anonyme au capital de 7 000 000 euros entièrement libéré, entreprise régie par le Code des assurances, dont le siège social est situé 118 avenue de Paris - CS 40 000 - 79033 Niort cedex 9, immatriculée au Registre du commerce et des sociétés de Niort sous le numéro 481 511 632, pour les garanties d'assistance.

• **Les souscripteurs :**

L'AMPPS et l'AVME sont co-souscripteurs du présent contrat et sont individuellement dénommés souscripteur. Ils peuvent, pour l'exécution du présent contrat, déléguer tout ou partie des obligations qui leur incombent en qualité de souscripteur du contrat groupe, à leurs mutuelles adhérentes ou à Mutex.

- L'organisme de contrôle est l'**Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR)** - 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 9.

Sommaire

TITRE I - MIEUX COMPRENDRE VOTRE ADHÉSION	3	TITRE IV - FONCTIONNEMENT DE VOTRE ADHÉSION	12
SECTION I - PRINCIPALES DÉFINITIONS	3	SECTION I - CONDITIONS D'ADHÉSION ET PRISE D'EFFET	12
⊗ Article 1 - Lexique	3	⊗ Article 21 - Conditions d'adhésion	12
SECTION II - DISPOSITIONS GÉNÉRALES	4	⊗ Article 22 - Prise d'effet et durée de l'adhésion	12
⊗ Article 2 - Objet et présentation de votre adhésion	4	SECTION II - VIE DE VOTRE ADHÉSION	13
⊗ Article 3 - Énumération des garanties proposées	4	⊗ Article 23 - Obligation de déclaration	13
⊗ Article 4 - Plafonds et seuils de déclenchement des garanties	4	⊗ Article 24 - Modification de votre adhésion	13
⊗ Article 5 - Personnes assurées	5	⊗ Article 25 - Obligation de déclaration non respectée	13
⊗ Article 6 - Événements couverts	6	⊗ Article 26 - Cotisation	13
⊗ Article 7 - Territorialité des garanties	6	⊗ Article 27 - Droit de renonciation	14
TITRE II - GARANTIES PROPOSÉES	6	⊗ Article 28 - Résiliation de votre adhésion	14
SECTION I - LES GARANTIES EN CAS DE BLESSURES	6	⊗ Article 29 - Modification et résiliation du contrat collectif	15
⊗ Article 8 - Incapacité permanente	6	⊗ Article 30 - Prescription	15
⊗ Article 9 - Souffrances endurées, préjudice esthétique permanent	7	⊗ Article 31 - Protection des données à caractère personnel	15
⊗ Article 10 - Frais de prothèse et/ou de fauteuil roulant	8	⊗ Article 32 - Information annuelle	16
⊗ Article 11 - Frais d'aménagements de logement et de véhicule adaptés	8	TITRE V - DISPOSITIONS RELATIVES A LA SIGNATURE ELECTRONIQUE	16
⊗ Article 12 - Forfait hospitalisation	8	⊗ Article 33 - Objet	16
⊗ Article 13 - Pertes de revenus professionnels	8	⊗ Article 34 - Définitions	16
SECTION II - LES GARANTIES EN CAS DE DÉCÈS	9	⊗ Article 35 - Champ d'application	16
⊗ Article 14 - Participation aux frais d'obsèques	9	⊗ Article 36 - Modalités de la signature électronique	16
⊗ Article 15 - Capital décès	9	⊗ Article 37 - Horodatage	16
⊗ Article 16 - Préjudice patrimonial	9	⊗ Article 38 - Force probante du document signé électroniquement	17
⊗ Article 17 - Non cumul des indemnités	10	⊗ Article 39 - Transmission par voie électronique	17
SECTION III - EXCLUSIONS	10	TITRE VI - ANNEXES	18
⊗ Article 18 - Événements exclus	10	ANNEXE I - TEXTE DE L'ARTICLE 29 DE LA LOI N° 85-677 DU 05 JUILLET 1985	18
TITRE III - RÈGLEMENT DES PRESTATIONS	11	ANNEXE II - INDEMNISATION DES SOUFFRANCES ENDURÉES ET DU PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE PERMANENT	18
SECTION I - VOS OBLIGATIONS EN CAS DE SINISTRE	11	ANNEXE III - EXEMPLES	18
⊗ Article 19 - Modalités de déclaration du sinistre	11		
SECTION II - NOTRE ENGAGEMENT QUALITÉ EN CAS DE SINISTRE	11		
⊗ Article 20 - Paiement des prestations	11		

TITRE I - MIEUX COMPRENDRE VOTRE ADHÉSION

SECTION I - PRINCIPALES DÉFINITIONS

🕒 Article 1 - Lexique

Ce lexique est destiné à vous aider à mieux comprendre ce document.

Pour l'exécution de votre présente adhésion, on entend par :

Accident

Toute atteinte à l'intégrité corporelle de l'assuré, non intentionnelle de sa part, provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure.

Actif

Qualité acquise lorsque vous :

- exercez une profession (salariée ou non) même à temps partiel,
- êtes apprenti, stagiaire rémunéré,
- êtes demandeur d'emploi bénéficiaire de l'assurance chômage.

Adhérent

Personne physique nommément désignée sur le bulletin d'adhésion Quiem, chargée du paiement des cotisations. Vous êtes désigné sous ce nom aux Conditions particulières.

Aide humaine - Tierce personne

Assistance quotidienne et définitive de l'assuré en incapacité permanente conservant, après consolidation de son état, des séquelles physiologiques et/ou neuropsychologiques imputables à l'accident qui nécessitent de pallier l'impossibilité ou la difficulté d'effectuer les actes de la vie quotidienne.

Assuré

Personne physique nommément désignée sur le Bulletin d'adhésion Quiem, personne sur laquelle reposent les risques (voir article 5).

Assuré principal

Personne physique ayant la qualité d'adhérent à Quiem.

Avenant

Document constatant une modification de votre adhésion.

Conditions générales

Présent document. Il concerne l'adhérent et les assurés de cette adhésion et précise notamment les garanties proposées ainsi que les dispositions relatives au fonctionnement de cette adhésion.

Conditions particulières

Document que nous délivrons à l'adhésion ou lors d'une modification des garanties (avenant) qui précise notamment le nom des personnes assurées ainsi que l'énoncé et le montant des garanties souscrites.

Conjoints

Personnes :

- mariées,
- unies par un pacte civil de solidarité,
- vivant sous le même toit, de telle sorte qu'elles puissent être communément regardées comme formant un couple.

Consolidation

Moment où les lésions se sont fixées et ont pris un caractère permanent tel qu'un traitement n'est plus nécessaire, si ce n'est pour éviter une aggravation.

Déchéance

Perte du droit à la garantie de l'assureur lorsque l'assuré ou son représentant légal, en cas de sinistre, n'a pas exécuté ses obligations contractuelles.

Domage corporel

Atteinte permanente à l'intégrité physique et psychique (AIPP) des personnes.

Économiquement à charge

Est économiquement à charge, la personne :

- rattachée à votre foyer fiscal ou à celui de votre conjoint,
- et/ou pour laquelle une pension alimentaire est réglée,
- et/ou dont les ressources personnelles ne dépassent pas 3 Salaires minimum interprofessionnels de croissance (Smic) nets par an.

France

France métropolitaine et départements et régions d'outre-mer (Guadeloupe, Guyane, Martinique et Réunion).

Incapacité permanente (AIPP : Atteinte permanente à l'intégrité physique et psychique)

Réduction définitive du potentiel physique, psychosensoriel ou intellectuel, à laquelle s'ajoutent les phénomènes douloureux et les répercussions physiologiques normalement liées à l'atteinte dans la vie de tous les jours. L'incapacité permanente peut être partielle ou totale.

Nous

Mutex, l'organisme assureur.

Nullité de l'adhésion

Mesure visée par la loi – article L.113-8 du Code des assurances - pour sanctionner une réticence ou une fausse déclaration intentionnelle de l'adhérent au jour de l'adhésion ou en cours de celle-ci. L'adhésion est considérée comme n'ayant jamais existé.

Réduction des indemnités

Mesure visée par la loi – article L.113-9 du Code des assurances - pour sanctionner l'adhérent ayant omis de nous déclarer tous les éléments du risque ou ayant fait une déclaration inexacte à l'adhésion ou en cours de celle-ci, en conséquence, ne nous a pas permis d'appliquer une cotisation adaptée.

L'indemnité de sinistre est alors réduite en proportion de la cotisation payée par rapport à la cotisation qui aurait été due si l'adhérent avait complètement et exactement déclaré le risque.

Sinistre

Réalisation d'un événement susceptible de mettre en jeu au moins une garantie de l'adhésion.

Souscripteurs

- Association des Mutualistes Pour la Protection Sociale (AMPPS), association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901, immatriculée au Répertoire Nationale des Associations, dont le siège social se situe 140 avenue de la République - CS 30007 - 92327 Châtillon cedex.
- Aésio Vivre Mieux Ensemble (AVME), association à but non lucratif régie par la loi du 1^{er} juillet 1901 et par le code des assurances, inscrite au répertoire SIRENE sous le numéro de 775 627 391, dont le siège social se situe 4 Rue du Général Foy - 75008.

L'AMPPS et l'AVME sont co-souscripteurs du présent contrat et sont individuellement dénommés souscripteur.

Tacite reconduction

Renouvellement automatique de l'adhésion. Lorsque celle-ci n'est pas résiliée en temps voulu, elle est automatiquement renouvelée pour une durée d'un an.

Vous

L'adhérent en ce qui concerne le Titre IV « FONCTIONNEMENT DE VOTRE ADHÉSION ». Toute personne ayant la qualité d'assuré pour les autres titres.

SECTION II - DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Article 2 - Objet et présentation de votre adhésion

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

A cette garantie, s'ajoutent les garanties d'assistance décrites dans la Convention d'assistance à la suite de ces Conditions générales.

Trois formules sont proposées :

- formule « famille »,
- formule « couple »,
- formule « individuelle ».

Au jour de l'adhésion ainsi qu'à la prise d'effet des garanties, le ou les assurés désignés aux Conditions particulières doivent être âgés de 65 ans maximum (âge anniversaire).

Article 3 - Énumération des garanties proposées

3-1 Garanties en cas de blessures

- Incapacité permanente
- Souffrances endurées
- Préjudice esthétique permanent
- Frais de prothèse et/ou de fauteuil roulant
- Frais d'aménagements de logement et de véhicule adaptés
- Forfait hospitalisation
- Pertes de revenus professionnels

3-2 Garanties en cas de décès

- Participation aux frais d'obsèques
- Capital décès
- Préjudice patrimonial

La formule « individuelle » ne comporte pas de garantie préjudice patrimonial.

Article 4 - Plafonds et seuils de déclenchement des garanties

4-1 Par victime et par sinistre

4-1-1 Garanties en cas de blessures

- Si taux d'incapacité permanente égal ou supérieur à **10 %**

	Taux d'incapacité permanente (AIPP)		Valeur du point ^{(1) (2)}		Capital maximum garanti ⁽¹⁾	
			Sans tierce personne	Avec tierce personne ⁽³⁾	Sans tierce personne	Avec tierce personne ⁽³⁾
Incapacité permanente	Capital de base					
	de 10 % à 39 %	Niveau 1	130 €	195 €	5 070 €	7 605 €
		Niveau 2	600 €	900 €	23 400 €	35 100 €
	de 40 % à 65 %	Niveau 1	300 €	450 €	19 500 €	29 250 €
		Niveau 2	850 €	1 275 €	55 250 €	82 875 €
	> 65 %	Niveau 1	500 €	750 €	50 000 € ⁽⁴⁾	75 000 € ⁽⁴⁾
		Niveau 2	1 100 €	1 650 €	110 000 € ⁽⁴⁾	165 000 € ⁽⁴⁾
	Capital complémentaire					
	de 10 % à 39 %	Niveau 1	2 350 €	3 525 €	91 650 €	137 475 €
		Niveau 2	3 250 €	4 875 €	126 750 €	190 125 €
de 40 % à 65 %	Niveau 1	3 150 €	4 725 €	204 750 €	307 125 €	
	Niveau 2	4 350 €	6 525 €	282 750 €	424 125 €	
> 65 %	Niveau 1	5 450 €	8 175 €	545 000 € ⁽⁴⁾	817 500 € ⁽⁴⁾	
	Niveau 2	7 500 €	11 250 €	750 000 € ⁽⁴⁾	1 125 000 € ⁽⁴⁾	
Souffrances endurées	• Plafonds :					
	Niveau 1			Niveau 2		
	32 000 €				40 000 €	
Préjudice esthétique permanent	• Plafonds :					
	Niveau 1			Niveau 2		
	32 000 €				40 000 €	

Frais de prothèse et/ou de fauteuil roulant	Taux d'incapacité permanente (AIPP)		Valeur du point ^{(1) (2)}		Capital maximum garanti ⁽¹⁾	
	Sans tierce personne	Avec tierce personne ⁽³⁾	Sans tierce personne	Avec tierce personne ⁽³⁾	Sans tierce personne	Avec tierce personne ⁽³⁾
• Plafonds :						
	Niveau 1			Niveau 2		
	20 000 €				40 000 €	
Frais d'aménagements	• Logement adapté : plafonds :					
	Niveau 1			Niveau 2		
	60 000 €				70 000 €	
	• Véhicule adapté : plafonds :					
	Niveau 1			Niveau 2		
	30 000 €				40 000 €	

(1) Sous réserve de l'abattement en fonction de l'âge prévu à l'article 8-3-2.

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

(3) Assistance tierce personne au minimum de 2 heures par jour.

(4) Capital maximum pour un taux d'IP > 65 % et si le blessé est inapte au travail.

- Quelle que soit la gravité des blessures

Forfait hospitalisation	• A compter de 3 jours consécutifs d'hospitalisation	
	• Forfait de 50 €/jour	
• Au minimum : 150 € à compter du 3 ^e jour		
• Au maximum : 1 500 €		
Et, pour les « Actifs » Pertes de revenus professionnels	• Plafonds :	
	Niveau 1	Niveau 2
	8 500 €* * Incluant 1 500 € au titre de la garantie « Forfait hospitalisation ».	10 000 €* * Incluant 1 500 € au titre de la garantie « Forfait hospitalisation ».

A ces garanties s'ajoutent les garanties d'assistance décrites dans la Convention d'assistance.

4-1-2 Garanties en cas de décès

Participation aux frais d'obsèques	• Plafonds :			
	Niveau 1		Niveau 2	
	2 000 €		3 000 €	
Capital décès	• Capitaux garantis :			
	Adulte		Enfant	
	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 1	Niveau 2
	6 000 €	37 000 €	6 000 €	7 000 €
Préjudice patrimonial (hors formule individuelle)	• Plafonds :			
	Niveau 1		Niveau 2	
	600 000 €		1 000 000 €	

4-2 En cas de pluralité de victimes et par sinistre

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

1. par assuré, une somme supérieure au plafond de la garantie, correspondant à chaque dommage, indiqué à l'article 4-1,
2. en cas de pluralité d'assurés décédés lors d'un même événement accidentel, un total d'indemnités supérieur :

Pour la formule « famille »

En cas de décès de l'adhérent et de son conjoint, et le cas échéant, d'un ou plusieurs autres assurés à :

- deux fois le plafond de la garantie accordé au titre du préjudice patrimonial dont le montant est indiqué aux Conditions particulières,
- deux fois le plafond de la garantie accordé au titre du capital décès « adhérent-conjoint » dont le montant est indiqué aux Conditions particulières,
- cinq fois le plafond de la garantie accordé au titre du capital décès « enfant » dont le montant est indiqué aux Conditions particulières,

En cas de décès de l'adhérent ou de son conjoint et d'un ou plusieurs autres assurés à :

- une fois le plafond de la garantie accordé au titre du préjudice patrimonial, dont le montant est indiqué aux Conditions particulières,
- une fois le plafond de la garantie accordé au titre du capital décès « adhérent-conjoint », dont le montant est indiqué aux Conditions particulières,
- cinq fois le plafond de la garantie accordé au titre du capital décès « enfant », dont le montant est indiqué aux Conditions particulières.

Dans les autres cas, à cinq fois le plafond de la garantie accordé au titre du capital décès « enfant », dont le montant est indiqué aux Conditions particulières.

Pour la formule « couple »

- à deux fois le plafond de la garantie accordé au titre du capital décès « adhérent-conjoint », dont le montant est indiqué aux Conditions particulières,
3. en cas de pluralité d'assurés blessés lors d'un même événement accidentel, un total d'indemnités supérieur à cinq fois les plafonds cumulés des garanties accordés en cas de blessures, dont les montants sont indiqués à l'article 4-1.

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

🕒 Article 5 - Personnes assurées

5-1 Assurés

Sous condition d'une désignation dans le Bulletin d'adhésion, la qualité d'assuré est attribuée :

5-1-1 Pour la formule « famille »

A l'adhérent et aux personnes ci-après vivant en permanence* sous le toit de sa résidence principale :

- son conjoint,
- les enfants mineurs de l'un, de l'autre ou des deux,
- les enfants majeurs de l'un, de l'autre ou des deux :
 - économiquement à leur charge,
 - célibataires,
 - sans enfant, âgés de moins de 28 ans,
 - et dont les ressources personnelles n'excèdent pas 3 Salaires minimum interprofessionnels de croissance (Smic) nets par an.

Les enfants, **remplissant les conditions énumérées ci-dessus**, n'habitant pas en permanence sous le toit de la résidence principale de l'adhérent conservent la qualité d'assuré **lorsqu'ils poursuivent des études**.

- les enfants majeurs de l'un, de l'autre ou des deux :
 - célibataires,
 - sans enfant,
 - âgés de 28 ans et plus,
 - dont les ressources personnelles n'excèdent pas 3 Salaires minimum interprofessionnels de croissance (Smic) nets par an, dont ils ont la tutelle ou la curatelle,
 - et qui sont économiquement à leur charge.

(*) Les enfants ci-dessus énumérés ont également la qualité d'assuré lorsque, en raison d'une séparation de leurs parents, ils vivent en alternance sous le toit de la résidence principale de l'adhérent.

- les petits-enfants de l'un, de l'autre ou des deux remplissant les conditions énumérées ci-dessus pour les enfants,
- les descendants de l'un, de l'autre ou des deux et toutes personnes dont l'adhérent ou son conjoint :
 - ont la tutelle ou la curatelle,
 - et remplissant les conditions énumérées ci-dessus pour les enfants,
- les enfants mineurs confiés à l'adhérent ou à son conjoint dans le cadre d'un contrat d'accueil au titre de l'aide sociale à l'enfance.

5-1-2 Pour la formule « couple »

A l'adhérent et à son conjoint, vivant en permanence sous le toit de la résidence principale.

5-1-3 Pour la formule « individuelle »

A la personne nommément désignée aux Conditions particulières.

5-1-4 Pour chacune des trois formules

La qualité d'assuré est également attribuée aux petits-enfants mineurs de l'adhérent et/ou de son conjoint, pendant tout le temps des séjours effectués au domicile de l'adhérent, dès lors qu'ils n'ont pas la qualité d'assuré dans le cadre d'un autre contrat d'assurance « accidents corporels » ou en cas d'insuffisance des garanties du contrat souscrit par leurs parents par rapport à celles du présent document. Dans ce dernier cas, les garanties du présent document interviennent à titre complémentaire.

5-2 Bénéficiaires

La qualité de bénéficiaire est attribuée :

5-2-1 Pour l'indemnité correspondant à l'incapacité permanente, aux souffrances endurées, au préjudice esthétique permanent, aux frais de prothèses et aux frais d'aménagements de logement et de véhicule adaptés, au forfait hospitalisation

A l'assuré, victime de l'accident.

5-2-2 Pour l'indemnité correspondant aux pertes de revenus professionnels

A l'adhérent ou à son conjoint désigné aux Conditions particulières, « Actif » au sens de la définition donnée à l'article 1, victime d'un accident.

5-2-3 Pour l'indemnité correspondant à la participation aux frais d'obsèques

A la personne ayant avancé les frais, sur présentation de la facture.

5-2-4 Pour l'indemnité correspondant au capital décès et à condition qu'ils survivent à l'assuré

5-2-4-1 Formule « famille »

- Au conjoint de l'assuré décédé, désignés aux Conditions particulières.
- A défaut :
 - aux enfants mineurs légitimes, naturels ou adoptifs de l'assuré décédé ;
 - aux enfants mineurs légitimes, naturels ou adoptifs du conjoint de l'assuré décédé et économiquement à la charge de l'assuré décédé au jour de l'accident ;
 - aux enfants majeurs légitimes, naturels ou adoptifs, âgés de moins de 25 ans, de l'assuré décédé ou de son conjoint et économiquement à la charge de l'assuré décédé au jour de l'accident ;
 - aux enfants majeurs légitimes, naturels ou adoptifs, de l'assuré décédé ou de son conjoint, dont l'un ou l'autre a la tutelle ou la curatelle et qui sont économiquement à la charge de l'assuré décédé au jour de l'accident ;
 - aux descendants de l'assuré décédé ou de son conjoint, ayant la qualité d'assuré et désignés comme tel aux Conditions particulières, dont l'un ou l'autre a la tutelle ou la curatelle et qui sont économiquement à la charge de l'assuré décédé au jour de l'accident.
- A défaut, aux autres enfants majeurs, vivants ou représentés, de l'assuré décédé.
- A défaut, aux père et mère de l'assuré décédé par parts égales entre eux ou à l'un des deux si l'autre est décédé.
- A défaut, aux autres ascendants de l'assuré décédé par parts égales entre eux, **sauf si l'assuré décédé est un enfant ou un petit enfant de l'adhérent et/ou de son conjoint ; dans ce cas ses frères et sœurs sont prioritaires**, à défaut ;
- A défaut, aux frères et sœurs de l'assuré décédé, à défaut ;
- A défaut, aux neveux et nièces de l'assuré décédé.

5-2-4-2 Formule « couple »

- Au conjoint de l'assuré décédé désigné aux Conditions particulières, à défaut ;
- A défaut, aux enfants de l'assuré décédé nés ou à naître, vivants ou représentés, par parts égales entre eux, à défaut ;
- A défaut, aux père et mère de l'assuré décédé par parts égales entre eux ou à l'un des deux si l'autre est prédécédé, à défaut ;
- A défaut, aux autres ascendants de l'assuré décédé, par parts égales entre eux, à défaut ;
- A défaut, aux frères et sœurs de l'assuré décédé, par parts égales entre eux, à défaut ;
- A défaut, aux neveux et nièces de l'assuré décédé, par parts égales entre eux.

5-2-4-3 Formule « individuelle »

- Aux enfants de l'assuré décédé, nés ou à naître, vivants ou représentés par parts égales entre eux, à défaut ;
- A défaut, aux père et mère de l'assuré décédé par parts égales entre eux ou à l'un des deux si l'autre est prédécédé, à défaut ;
- A défaut, aux autres ascendants de l'assuré décédé par parts égales entre eux, à défaut ;
- A défaut, aux frères et sœurs de l'assuré décédé par parts égales entre eux, à défaut ;
- A défaut, aux neveux et nièces de l'assuré décédé par parts égales entre eux.

5-2-5 Pour l'indemnité correspondant au préjudice patrimonial en cas de décès de l'adhérent ou de son conjoint et à condition qu'ils survivent à l'assuré décédé

5-2-5-1 Formule « famille »

- au conjoint de l'assuré décédé, et aux enfants et aux descendants tels que définis ci-après, répartie en fonction de la grille de répartition indiquée à l'article 16.2.4 :
 - enfants mineurs de l'assuré décédé,
 - enfants mineurs du conjoint de l'assuré décédé et économiquement à la charge de l'assuré décédé au jour de l'accident,
 - enfants majeurs âgés de moins de 25 ans, de l'assuré décédé ou de son conjoint économiquement à la charge de l'un ou de l'autre, au jour de l'accident,
 - enfants majeurs de l'assuré décédé ou de son conjoint, dont l'un ou l'autre a la tutelle ou la curatelle et qui sont économiquement à la charge de l'assuré décédé au jour de l'accident,
 - descendants de l'assuré décédé ou de son conjoint, ayant la qualité d'assuré et désignés comme tel aux Conditions particulières, dont l'un ou l'autre a la tutelle ou la curatelle et qui sont économiquement à la charge de l'assuré décédé au jour de l'accident,
 - personnes dont l'assuré ou son conjoint a la tutelle ou la curatelle, ayant la qualité d'assuré, désignées comme tel aux Conditions particulières et qui sont économiquement à la charge de l'assuré décédé au jour de l'accident.
- à défaut d'enfants et de descendants précités, au conjoint,
- à défaut de conjoint, aux enfants et descendants précités.

5-2-5-2 Formule « couple »

Au conjoint de l'assuré décédé désigné aux Conditions particulières.

5-2-5-3 Formule « individuelle »

La formule « individuelle » ne compte aucun bénéficiaire au titre de l'indemnité correspondant au préjudice patrimonial.

🔗 Article 6 - Événements couverts

1. Ce sont ceux qui répondent à la définition de l'accident donnée à l'article 1 et qui sont survenus à l'occasion de la vie privée ou de la vie professionnelle ; **sous réserve des exclusions mentionnées à l'article 18 ci-après.**

Sont ainsi couverts :

- les accidents survenus à l'occasion de la vie courante ou d'activités de loisirs (ménage, cuisine, jardinage, bricolage, voyage...),

- les accidents survenus au cours de la pratique, en qualité d'amateur, d'une activité sportive,
- les accidents imputables à une catastrophe naturelle (inondation, avalanche, affaissement de terrain...),
- les accidents imputables à une catastrophe technologique,
- les agressions ou les attentats dont l'assuré est victime et qu'il n'a pas provoqués,
- les accidents sanitaires résultant du fonctionnement du système de santé français, c'est-à-dire :
 - un accident médical, une affection iatrogène ou une infection nosocomiale,
 - directement imputable à des actes de prévention, de diagnostic ou de soins,
 - réalisés par un professionnel de santé, un établissement, un service ou un organisme, dont les activités sont régies par le Code de la santé publique,
 - ayant eu pour l'assuré des conséquences anormales au regard de son état de santé comme de l'évolution prévisible de celui-ci,
- les accidents du travail ou de service.

2. **L'accident dans la réalisation duquel est impliqué un véhicule terrestre à moteur, ainsi que ses remorques ou semi-remorques**, autres que les véhicules ferroviaires et les tramways circulant sur des voies qui leur sont propres, **ouvre droit uniquement aux garanties suivantes :**

- indemnité de base en cas d'incapacité permanente,
- capital décès.

🔗 Article 7 - Territorialité des garanties

1. Les garanties s'exercent en France et dans la Principauté de Monaco.

Toutefois, elles sont acquises :

- dans le monde entier, pendant les douze premiers mois du séjour hors de France,
 - pour tous les séjours, quelle qu'en soit la durée, effectués à la demande de l'employeur de l'assuré pour l'exécution d'une mission temporaire dans les pays de l'Espace économique européen et dans les pays suivants : Suisse, Saint-Marin, Vatican.
2. En cas d'accident survenu hors de France, une expertise médicale pourra être effectuée par référence à la dernière édition, au jour de l'expertise médicale, du « barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun » publié dans la revue « Le Concours Médical ».

Le paiement sera toujours effectué en France et en euros.

TITRE II - GARANTIES PROPOSÉES

SECTION I - LES GARANTIES EN CAS DE BLESSURES

🔗 Article 8 - Incapacité permanente

8-1 Principe de la garantie

Si vous conservez une incapacité dont le taux est au moins égal à 10 %, nous versons un capital :

- de base,
 - complémentaire.
- définis à l'article 8-4.

8-2 Taux d'incapacité

Le taux d'incapacité est fixé par le médecin expert désigné par Mutex.

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

8-3 Majorations ou abattement opérés sur le calcul du capital de base et du capital complémentaire

8-3-1 Majorations

- Pour inaptitude au travail :

Lorsque le taux d'incapacité est supérieur à 65 % et que la victime, non retraitée, est médicalement reconnue inapte à se livrer à un travail ou à une occupation lui procurant un gain ou un profit, nous effectuons le calcul de l'indemnité sur la base d'un taux d'incapacité de 100 %.

- Pour assistance par tierce personne :

Lorsque l'incapacité permanente nécessite l'assistance d'une tierce personne durant au minimum 2 heures par jour, la valeur du point servant au calcul du capital de base et du capital complémentaire est majorée de 50 %.

Cette majoration n'est toutefois pas due lorsque l'assuré demeure placé dans un établissement spécialisé et/ou de soins après la consolidation de ses blessures.

8-3-2 Abattement en raison de l'âge

La valeur du point d'incapacité servant de base au calcul du capital de base et du capital complémentaire fait l'objet, lorsque l'assuré est âgé de plus de 70 ans au jour de l'accident, d'un abattement de 5 % par année d'âge supplémentaire.

Cet abattement ne peut cependant jamais dépasser 75 % de la valeur du point d'incapacité.

Pourcentage retenu pour une personne âgée de plus de 70 ans

Age	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85 et au-delà
Taux	100	95	90	85	80	75	70	65	60	55	50	45	40	35	30	25

8-4 Indemnités versées

8-4-1 Capital de base

Le capital versé correspond à la somme résultant du produit du taux d'incapacité par la valeur du point, correspondant à ce taux, indiquée à l'article 4-1, auquel il convient, le cas échéant, d'appliquer les majorations ou abattement prévus au 8-3.

8-4-2 Capital complémentaire

Nous versons une indemnité correspondant à la différence entre :

- d'une part, la somme résultant du produit du taux d'incapacité par la valeur du point correspondant à ce taux, indiquée à l'article 4-1, auquel il convient, le cas échéant, d'appliquer les majorations ou abattement prévus au 8-3,
- d'autre part :
 - les prestations énumérées à l'article 29 de la loi du 05 juillet 1985 (Annexe I) compensant l'incapacité permanente et l'assistance permanente par tierce personne (ATP). Lorsqu'elles sont versées sous forme de pension ou de rente, ces prestations sont capitalisées en fonction du coefficient de capitalisation mentionné dans l'Arrêté relatif à l'application des articles R.376-1 et R.454-1 du Code de la Sécurité sociale en vigueur au jour de l'accident, correspondant à l'âge et au sexe de l'assuré au jour de leur premier versement,
 - lorsque l'assuré a été victime d'un accident sanitaire, le montant de l'indemnité compensant l'incapacité permanente (déficit fonctionnel permanent), le retentissement professionnel (incidence professionnelle et/ou pertes de gains professionnels futurs) et l'assistance tierce personne réglée au titre de la solidarité nationale par l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales,
 - lorsque l'assuré a été victime d'une infraction pénale, le montant de l'indemnité compensant l'incapacité permanente (déficit fonctionnel permanent), le retentissement professionnel (incidence professionnelle et/ou pertes de gains professionnels futurs) et l'assistance tierce personne, réglée par le Fonds de garantie des victimes des actes de terrorisme et d'autres infractions (FGTI).

Outre les exclusions communes prévues à l'article 18, nous ne garantissons pas le versement d'un capital complémentaire à la suite d'un accident dans la réalisation duquel est impliqué un véhicule terrestre à moteur, ainsi que ses remorques ou semi-remorques, autres que les véhicules ferroviaires et les tramways circulant sur des voies qui leur sont propres.

8-4-3 Condition de versement

L'indemnité est versée sous forme d'un capital dont le montant ne peut être révisé en cas de modification ultérieure des prestations des tiers payeurs.

8-5 Aggravation de l'incapacité permanente

L'aggravation se caractérise par une évolution de l'état de l'assuré, en relation directe et certaine avec l'accident, modifiant les conclusions médicales relatives au taux d'incapacité permanente fixé initialement.

Si le taux initial était égal ou supérieur à 10 %, nous procédons au versement :

- d'une nouvelle indemnité de base dont le montant correspond à la différence entre :
 - d'une part, l'indemnité de base calculée en fonction du nouveau taux d'incapacité permanente, selon les modalités de l'article 8-4,
 - d'autre part, l'indemnité de base initialement versée.
- d'une nouvelle indemnité complémentaire dont le montant correspond à la différence entre :
 - d'une part, l'indemnité complémentaire calculée en fonction du nouveau taux d'incapacité permanente, selon les modalités de l'article 8-4,
 - d'autre part, l'indemnité complémentaire initialement versée.

Si le taux initial était inférieur à 10 %, nous procédons au versement d'une indemnité de base et d'une indemnité complémentaire dont les montants sont calculés en fonction du nouveau taux d'incapacité permanente, selon les modalités de l'article 8-4.

② Article 9 - Souffrances endurées, préjudice esthétique permanent

9-1 Objet de la garantie

Lorsque vous conservez une incapacité dont le taux est au moins égal à 10 %, nous versons une indemnité au titre des souffrances endurées et/ou du préjudice esthétique permanent ayant donné lieu à une qualification définitive par le médecin-expert dans une échelle de gravité de 0,5 à 7.

Le montant de l'indemnité est déterminé à partir des éléments indiqués au tableau de l'Annexe II.

L'indemnité est égale à la différence entre :

- d'une part, le montant déterminé selon les éléments indiqués au tableau de l'Annexe II,
- d'autre part :
 - lorsque l'assuré a été victime d'un accident sanitaire, le montant de l'indemnité compensant les souffrances endurées et/ou le préjudice esthétique permanent, réglée au titre de la solidarité nationale par l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales,
 - lorsque l'assuré a été victime d'une infraction pénale, le montant de l'indemnité compensant les souffrances endurées et/ou le préjudice esthétique permanent, réglée par le Fonds de garantie des victimes des actes de terrorisme et d'autres infractions (FGTI).

9-2 Aggravation des souffrances endurées et/ou du préjudice esthétique permanent

Cette aggravation est prise en considération lorsqu'elle est en relation avec une aggravation de l'incapacité permanente ouvrant droit à indemnisation.

Si le taux initial d'incapacité permanente était égal ou supérieur à 10 %, nous procédons au versement d'une nouvelle indemnité dont le montant correspond à la différence entre :

- d'une part, l'indemnité calculée en fonction de la nouvelle qualification des souffrances endurées et/ou du préjudice esthétique permanent, selon les modalités de l'article 9-1,
- d'autre part, l'indemnité initialement versée.

Si le taux initial d'incapacité permanente était inférieur à 10 %, nous procédons au versement d'une indemnité selon les modalités de l'article 9-1.

9-3 Exclusion

Outre les exclusions communes prévues à l'article 18, nous ne garantissons pas les souffrances endurées et/ou le préjudice esthétique permanent à la suite d'un accident dans la réalisation duquel est impliqué un véhicule terrestre à moteur, ainsi que ses remorques ou semi-remorques, autres que les véhicules ferroviaires et les tramways circulant sur des voies qui leur sont propres.

🕒 Article 10 - Frais de prothèse et/ou de fauteuil roulant

10-1 Objet de la garantie

Vous avez droit, lorsque vous conservez une incapacité dont le taux est au moins égal à 10 %, au remboursement des frais engagés pour l'acquisition initiale, rendue nécessaire par l'accident, de prothèses (fonctionnelles, organiques, optiques, auditives, dentaires) et/ou d'un fauteuil roulant.

10-2 Contenu de la garantie

Nous versons, **dans les limites des plafonds indiqués à l'article 4-1**, une indemnité égale à la différence entre :

- d'une part, le coût d'acquisition ou de réalisation initiale, des mesures d'aménagements,
- d'autre part :
 - lorsque l'assuré a été victime d'un accident sanitaire, le montant de l'indemnité compensant ces frais réglée au titre de la solidarité nationale par l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales,
 - lorsque l'assuré a été victime d'une infraction pénale, le montant de l'indemnité compensant les frais de prothèse et/ou de fauteuil roulant, réglée par le Fonds de garantie des victimes des actes de terrorisme et d'autres infractions (FGTI).

10-3 Exclusion

Outre les exclusions communes prévues à l'article 18, nous ne garantissons pas les frais de prothèse et/ou de fauteuil roulant à la suite d'un accident dans la réalisation duquel est impliqué un véhicule terrestre à moteur, ainsi que ses remorques ou semi-remorques, autres que les véhicules ferroviaires et les tramways circulant sur des voies qui leur sont propres.

🕒 Article 11 - Frais d'aménagements de logement et de véhicule adaptés

11-1 Objet de la garantie

Vous avez droit à une indemnité, lorsque vous conservez une incapacité dont le taux est au moins égal à 10 % et êtes confronté, du fait des séquelles imputables à l'accident indemnisé, à des gênes médicalement constatées, engendrées par l'inadaptation de votre logement et/ou de votre véhicule automobile.

11-2 Contenu de la garantie

Nous définissons et chiffrons, le cas échéant avec le concours d'un organisme spécialisé, le coût des mesures d'aménagements susceptibles d'adapter votre logement et/ou votre véhicule à votre handicap.

Nous versons, **dans les limites des plafonds indiqués à l'article 4-1**, une indemnité égale à la différence entre :

- d'une part, le coût d'acquisition ou de réalisation initiale, des mesures d'aménagements,
- d'autre part :
 - lorsque l'assuré a été victime d'un accident sanitaire, le montant de l'indemnité compensant ces frais réglée au titre de la solidarité nationale par l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales,
 - lorsque l'assuré a été victime d'une infraction pénale, le montant de l'indemnité compensant les frais d'aménagements de logement et de véhicule adaptés, réglée par le Fonds de garantie des victimes des actes de terrorisme et d'autres infractions (FGTI).

11-3 Exclusion

Outre les exclusions communes prévues à l'article 18, nous ne garantissons pas les frais d'aménagement de logement et de véhicule adaptés à la suite d'un accident dans la réalisation duquel est impliqué un véhicule terrestre à moteur, ainsi que ses remorques ou semi-remorques, autres que les véhicules ferroviaires et les tramways circulant sur des voies qui leur sont propres.

🕒 Article 12 - Forfait hospitalisation

12-1 Objet et étendue de la garantie

Quelle que soit la gravité des blessures, en cas d'hospitalisation continue supérieure à 2 jours, consécutive à un accident garanti, nous versons un forfait de 50 € par jour d'hospitalisation, **dans la limite du plafond prévu à l'article 4-1**.

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

12-2 Exclusion

Outre les exclusions communes prévues à l'article 18, nous ne garantissons pas le forfait hospitalisation à la suite d'un accident dans la réalisation duquel est impliqué un véhicule terrestre à moteur, ainsi que ses remorques ou semi-remorques, autres que les véhicules ferroviaires et les tramways circulant sur des voies qui leur sont propres.

🕒 Article 13 - Pertes de revenus professionnels

13-1 Objet de la garantie

L'adhérent « Actif » ou son conjoint (si formule famille ou couple) « Actif », au sens de la définition donnée à l'article 1, a droit, quelle que soit la gravité de ses blessures, au remboursement de ses pertes de revenus pendant la durée de son incapacité temporaire totale d'activité professionnelle consécutive à un accident garanti. La perte de revenus s'établit pour :

- les travailleurs salariés, à partir de l'attestation de l'employeur chiffrant la perte de salaire soumis à l'impôt sur le revenu,
- les travailleurs non-salariés, à partir du revenu tiré de l'exercice de l'activité professionnelle ne pouvant plus temporairement s'exercer, ayant fait l'objet de l'imposition la plus récente de la part de l'Administration Fiscale au titre des bénéficiaires industriels et commerciaux, des bénéficiaires non commerciaux ou des bénéficiaires agricoles,
- les travailleurs non-salariés n'ayant pas encore été imposés, sur la base d'un forfait journalier de 50 €,

- les demandeurs d'emploi bénéficiaires de l'assurance chômage, à partir de l'attestation chiffrant le montant net des indemnités.

13-2 Contenu de la garantie

Nous versons, **dans la limite du plafond prévu à l'article 4-1**, une indemnité correspondant à la différence entre les pertes de revenus visées au 13-1 ci-dessus et les prestations énumérées à l'article 29 de la loi du 05 juillet 1985 (Annexe I) compensant ces pertes.

13-3 Exclusion

Outre les exclusions communes prévues à l'article 18, nous ne garantissons pas les pertes de revenus professionnels à la suite d'un accident dans la réalisation duquel est impliqué un véhicule terrestre à moteur, ainsi que ses remorques ou semi-remorques, autres que les véhicules ferroviaires et les tramways circulant sur des voies qui leur sont propres.

SECTION II - LES GARANTIES EN CAS DE DÉCÈS

Article 14 - Participation aux frais d'obsèques

14-1 Objet et étendue de la garantie

Nous versons une indemnité en cas de décès d'un assuré, consécutif à un accident et survenant dans les douze mois de cet accident. Par exception, elle est également versée dans le cas où l'assuré mineur s'est volontairement donné la mort.

L'indemnité a pour limites :

- d'une part, les frais restés à charge après déduction des prestations compensant ces frais auxquelles le décès peut donner lieu, conformément à l'article 29 de la loi du 5 juillet 1985 (Annexe I),
- d'autre part, les plafonds indiqués à l'article 4-1.

14-2 Exclusion

Outre les exclusions communes prévues à l'article 18, nous ne garantissons pas la participation aux frais d'obsèques à la suite d'un accident dans la réalisation duquel est impliqué un véhicule terrestre à moteur, ainsi que ses remorques ou semi-remorques, autres que les véhicules ferroviaires et les tramways circulant sur des voies qui leur sont propres.

Article 15 - Capital décès

15-1 Objet et étendue de la garantie

En cas de décès d'un assuré, consécutif à un événement couvert, nous versons un capital dont le montant est indiqué à l'article 4-1.

Ce capital est dû au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) à l'article 5-2.

En cas de pluralité de bénéficiaires, le capital est partagé entre eux par parts égales.

15-2 Abattement en raison de l'âge

Le capital décès fait l'objet, lorsque l'assuré est âgé de plus de 70 ans au jour de l'accident, d'un abattement de 5 % par année d'âge supplémentaire.

Cet abattement ne peut cependant jamais dépasser 75 %.

Pourcentage retenu pour une personne âgée de plus de 70 ans																
Age	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85 et au-delà
Taux	100	95	90	85	80	75	70	65	60	55	50	45	40	35	30	25

Article 16 - Préjudice patrimonial

16-1 Principe de la garantie

En cas de décès de l'adhérent ou de son conjoint (si formule famille ou couple) consécutif à un événement couvert, nous indemnisons le(s) bénéficiaire(s) désigné(s) à l'article 5-2 en procédant au règlement, selon les modalités définies ci-dessous, d'un capital déterminé sur la base des revenus annuels du défunt.

Chacune des indemnités ainsi calculées et, le cas échéant leur cumul, ne peuvent excéder le plafond indiqué à l'article 4.

16-2 Fixation des bases de l'indemnité

16-2-1 Revenus pris en compte

1. Ils sont constitués par la moyenne, sur douze mois :

- des gains et rémunérations provenant de l'activité professionnelle de l'assuré décédé, soumis à l'impôt sur le revenu à titre de traitements, salaires, bénéfices industriels et commerciaux, bénéfices non commerciaux et bénéfices agricoles,
- des indemnités de chômage, ainsi que des pensions ou des rentes versées par un organisme de protection sociale obligatoire,
- des pensions servies par les différents régimes de base d'assurance vieillesse, les régimes obligatoires de retraite complémentaire et les régimes statutaires ou collectifs de retraite supplémentaire.

2. Si l'assuré ne percevait aucun des revenus énumérés ci-dessus, ou si la moyenne, sur douze mois, de ces revenus est inférieure au Salaire minimum interprofessionnel de croissance (Smic), il est admis que son activité, domestique ou professionnelle, génère un gain mensuel égal au Smic.

16-2-2 Abattement en raison de l'âge

La moyenne, sur les douze mois, des revenus du défunt fait l'objet, lorsque l'assuré est âgé de plus de 70 ans au jour de l'accident, d'un abattement de 5 % par année d'âge supplémentaire.

Cet abattement ne peut cependant jamais dépasser 75 %.

Pourcentage retenu pour une personne âgée de plus de 70 ans																
Age	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85 et au-delà
Taux	100	95	90	85	80	75	70	65	60	55	50	45	40	35	30	25

16-2-3 Preuve des revenus

Lorsque l'assuré exerçait une activité salariée, les revenus sont prouvés par la production des bulletins de salaire des douze derniers mois ayant précédé l'accident.

Lorsque l'assuré exerçait une activité professionnelle rémunérée mais non salariée, les revenus sont prouvés par la production du dernier avis d'imposition au titre de l'impôt sur le revenu et de l'ensemble des documents communiqués à l'Administration Fiscale en vue de l'imposition des bénéfices industriels et commerciaux, des bénéfices non commerciaux et des bénéfices agricoles.

Les indemnités de chômage et les pensions ou les rentes versées par un organisme de protection sociale obligatoire, ainsi que les pensions de retraite, sont prouvées par la production des bordereaux de règlement ou par une attestation établie par l'organisme débiteur, pour les douze derniers mois ayant précédé l'accident.

16-2-4 Répartition de la moyenne, sur douze mois, des revenus de l'assuré entre les bénéficiaires

La part des revenus revenant à chaque bénéficiaire est déterminée par application de la grille de répartition figurant ci-après.

Pour l'application de cette grille, il est admis que le conjoint est sans revenus dès lors que :

- à la date du décès, il n'exerce aucune profession rémunérée et ne perçoit aucune allocation de chômage, rente ou pension dans le cadre d'un régime obligatoire de protection sociale ou de retraite, et
- il ne peut prétendre, en raison du décès, au versement d'une pension de réversion servie par un régime de base d'assurance

vieillesse ou un régime obligatoire de retraite complémentaire ou un régime statutaire ou collectif de retraite supplémentaire.

Nombre de bénéficiaires	Part du conjoint et des autres bénéficiaires			Part de chaque bénéficiaire en l'absence de conjoint	Dans le cas où le conjoint dispose de revenus inférieurs à 25 % de ceux de l'assuré décédé, appréciés selon les mêmes modalités que pour ce dernier, il lui est attribué une part des revenus du disparu égale à : 40 % si le conjoint est le seul bénéficiaire, 30 % si le conjoint n'est pas le seul bénéficiaire.
	conjoint sans revenu	conjoint avec revenu	chaque autre bénéficiaire	chaque autre bénéficiaire	
1	50 %	25 %		50 %	
2	40 %	15 %	20 %	30 %	
3	40 %	15 %	15 %	20 %	
4	40 %	15 %	13 %	17 %	
5	40 %	15 %	10 %	15 %	
6 et +	40 %	15 %	40 % divisés par le nombre des autres bénéficiaires	80 % divisés par le nombre des autres bénéficiaires	

16-3 Contenu de la garantie

L'indemnité versée à chaque bénéficiaire est égale à la différence entre :

- d'une part, la part des revenus annuels attribuée au bénéficiaire, capitalisée en fonction du coefficient de capitalisation mentionné dans l'Arrêté relatif à l'application des articles R.376-1 et R.454-1 du Code de la Sécurité sociale en vigueur au jour de l'accident, correspondant à l'âge et au sexe, au jour de l'accident :
 - de celui qui, de l'assuré décédé ou de son conjoint, est le plus âgé en ce qui concerne la capitalisation de la part du conjoint,
 - du bénéficiaire âgé de moins de 25 ans, en ce qui concerne la capitalisation de sa part jusqu'à ses 25 ans,
 - de l'assuré décédé, en ce qui concerne la capitalisation de la part d'un bénéficiaire âgé de 25 ans et plus.
- d'autre part :
 - les prestations énumérées à l'article 29 de la loi du 05 juillet 1985 (Annexe I) et versées à titre personnel au(x) bénéficiaire(s) en raison du décès de l'assuré. Lorsqu'elles sont versées sous forme de pension ou de rente, ces prestations sont capitalisées en fonction du coefficient de capitalisation, mentionné dans l'Arrêté relatif à l'application des articles R.376-1 et R.454-1 du Code de la Sécurité sociale en vigueur au jour de l'accident, correspondant à l'âge et au sexe du bénéficiaire au jour de leur premier versement,
 - lorsque l'assuré a été victime d'un accident sanitaire, le montant de l'indemnité compensant le préjudice patrimonial du bénéficiaire réglée au titre de la solidarité nationale par l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales,
 - lorsque l'assuré a été victime d'une infraction pénale, le montant de l'indemnité compensant les pertes de revenus des proches, réglée par le Fonds de garantie des victimes des actes de terrorisme et d'autres infractions (FGTI).

16-4 Condition de versement

L'indemnité est versée sous forme d'un capital dont le montant ne peut être révisé en cas de modification ultérieure des prestations des tiers payeurs.

16-5 Exclusion

Outre les exclusions communes prévues à l'article 18, nous ne garantissons pas le préjudice patrimonial à la suite d'un accident dans la réalisation duquel est impliqué un véhicule terrestre à moteur, ainsi que ses remorques ou semi-remorques, autres que les véhicules ferroviaires et les tramways circulant sur des voies qui leur sont propres.

Article 17 - Non cumul des indemnités

Lorsque vous décédez des suites d'un accident après qu'une indemnité vous a été versée au titre des garanties en cas de blessures, les indemnités dues au titre des garanties en cas de décès sont versées au(x) bénéficiaire(s) après déduction des sommes déjà réglées par nous au titre des garanties en cas de blessures et dans les limites des plafonds figurant à l'article 4-1.

SECTION III - EXCLUSIONS

Article 18 - Événements exclus

1. Sont exclues des garanties les atteintes corporelles résultant :

- des affections ou lésions de toute nature :
 - qui ne sont pas la conséquence certaine, directe et exclusive de l'événement accidentel déclaré,
 - ou qui sont imputables à une maladie connue ou inconnue de l'assuré ainsi qu'aux pertes de conscience subites que cette maladie peut engendrer,
- les lésions internes suivantes :
 - les affections musculaires, articulaires, tendineuses, telles que ruptures musculaires ou tendineuses,
 - les pathologies vertébrales, telles que lombalgies, sciatiques et hernies discales, sauf si elles résultent d'un accident garanti ayant entraîné la fracture d'un corps vertébral,
 - les affections cardio-vasculaires et vasculaires cérébrales, les affections virales, microbiennes, parasitaires et infectieuses ou consécutives à une contamination par prions, y compris suite à une piqûre d'insecte,
- de l'existence de hernies inguinales, crurales ou ombilicales,
- d'une expérimentation biomédicale,
- d'aggravations de blessures, de rechutes, et de façon générale, de tout dommage en relation avec un accident survenu avant la date de prise d'effet de l'adhésion,
- d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de transmutations de noyaux d'atomes,
- de radiations provoquées par l'accélération artificielle de particules ou émises par des combustibles nucléaires ou par des produits ou des déchets radioactifs,
- directement ou indirectement de guerre civile ou étrangère ou, si l'assuré y participe, d'interventions militaires,
- de la manipulation volontaire par l'assuré d'un engin de guerre ou d'explosifs dont la détention est interdite,
- de troubles psychiques survenus par le fait ou à l'occasion du travail,
- de tout suicide ou de toute tentative de suicide,
- d'une mutilation volontaire,
- de la participation volontaire de l'assuré à un défi, un pari, une lutte ou une rixe,
- de la participation active de l'assuré ou d'un bénéficiaire à un acte illicite constituant un crime ou un délit intentionnel au sens des dispositions du Code pénal,
- d'une intervention chirurgicale, médicale, obstétricale ou esthétique, entreprise sur l'assuré par lui-même ou par un tiers non muni des diplômes exigés par la réglementation française pour effectuer celle-ci,
- de la pratique d'un sport à titre professionnel.

2. Sont également exclues des garanties les atteintes corporelles survenues alors que l'assuré est :

- en état d'ivresse manifeste ou sous l'emprise d'un état alcoolique ou sous l'influence de stupéfiants ou de médicaments psychoactifs non prescrits médicalement. L'état alcoolique est caractérisé par la présence dans le sang d'une concentration d'alcool pur égale ou supérieure à 0,50 gramme pour mille ou la présence dans l'air expiré d'une concentration d'alcool pur égale ou supérieure à 0,25 milligramme par litre. Cette exclusion n'est pas opposable au conjoint et aux enfants (mineurs, majeurs de moins de vingt-cinq ans, majeurs dont l'assuré ou son conjoint a la tutelle ou la curatelle et qui sont économiquement à la charge de l'assuré décédé) bénéficiaires du capital décès et de l'indemnité correspondant au préjudice patrimonial en cas de décès de l'assuré.
- conducteur d'un véhicule volé ou d'un véhicule pour lequel il n'a pas l'âge requis ou n'est pas titulaire des certificats (permis de conduire, licence de circulation), en état de validité, exigés par la réglementation pour la conduite des véhicules même s'il prend une leçon de conduite ou est assisté d'une personne titulaire du permis de conduire.
- occupant d'un véhicule volé ou d'un véhicule dont le conducteur n'a pas l'âge requis ou n'est pas titulaire des certificats (permis de conduire, licence de circulation) en état de validité exigés par la réglementation pour la conduite des véhicules même si ce conducteur prend une leçon de conduite ou est assisté d'une personne titulaire du permis de conduire.

TITRE III - RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

Dans le cadre de l'adhésion à Quiem, la gestion est réalisée par Mutex, Société anonyme régie par le Code des assurances, siège social : 140 avenue de la République - CS 30007 - 92327 Châtillon cedex.

SECTION I - VOS OBLIGATIONS EN CAS DE SINISTRE

🕒 Article 19 - Modalités de déclaration du sinistre

19-1 Délai de déclaration

Dès que vous avez connaissance du sinistre, sauf cas fortuit ou de force majeure, vous devez en faire la déclaration par écrit, dans les 5 jours ouvrés suivant la date du sinistre, à l'organisme ayant recueilli l'adhésion figurant sur vos conditions particulières, de préférence par lettre recommandée.

Si le retard dans la déclaration nous cause un préjudice, vous pouvez encourir la déchéance de vos droits à garantie.

19-2 Formalités à respecter et informations à nous délivrer

19-2-1 Dans votre déclaration, ou en cas d'impossibilité

Dans le plus bref délai, vous devez nous indiquer :

- la date et les circonstances du sinistre, ses causes connues ou présumées, la nature des dommages corporels,
- les coordonnées des personnes dont vous avez connaissance : le nom et l'adresse des victimes, des témoins, de l'auteur du sinistre ou de la personne civilement responsable,
- si un procès-verbal a été établi, et dans l'affirmative par quelle autorité.

19-2-2 Au cours de la gestion de votre dossier

En cas de dommages corporels subis par les personnes assurées, vous devez fournir à Mutex, sous pli confidentiel, les données médicales nécessaires pour vérifier l'imputabilité du dommage et obtenir l'indemnisation de votre préjudice.

- En cas de blessures, vous devez notamment communiquer à Mutex :

1. dans les 10 jours suivant sa réception, le questionnaire transmis par Mutex, intégralement complété et accompagné d'un certificat médical descriptif des blessures établi par le médecin qui a examiné initialement la victime.
2. ultérieurement, à la demande de Mutex les documents permettant de connaître le montant définitif des prestations énumérées à l'article 29 de la loi n° 85-677 du 05 juillet 1985 (Annexe I) et des indemnités versées par l'ONIAM et le FGTI.

Vous devez également vous rendre à toute convocation du médecin expert que Mutex aura désigné ou accepter sa visite.

- En cas de décès, le bénéficiaire doit communiquer à Mutex :

1. dans les 10 jours suivant sa réception, le questionnaire transmis par Mutex, intégralement complété et accompagné d'un extrait d'acte de décès et d'un certificat médical précisant que le décès est consécutif à l'accident.
2. ultérieurement, à la demande de Mutex, les documents permettant de connaître le montant définitif des prestations énumérées à l'article 29 de la loi n° 85-677 du 05 juillet 1985 (Annexe I) et des indemnités versées par l'ONIAM et le FGTI.

19-2-3 Sanction

En cas d'inexécution des prescriptions prévues, Mutex sera fondée à réclamer une indemnité proportionnelle aux dommages que cette inexécution lui aura causés.

Est déchu de tout droit à garantie l'assuré qui, sciemment :

- fait de fausses déclarations sur la nature, les circonstances, les causes, les conséquences du sinistre,
- emploie comme justifications des moyens frauduleux ou des documents mensongers.

Le refus non justifié de l'assuré de se soumettre aux dispositions prévues entraîne la perte de tout droit à indemnisation pour l'événement en cause.

SECTION II - NOTRE ENGAGEMENT QUALITÉ EN CAS DE SINISTRE

🕒 Article 20 - Paiement des prestations

20-1 Votre information

Mutex vous informe de sa position ou de ses attentes par tout moyen (courrier, téléphone...) dans les 5 jours ouvrés de la réception de votre déclaration, sous réserve de la force majeure qui est notamment constituée lorsque des événements exceptionnels atteignent un très grand nombre de victimes.

Mutex vous précisera régulièrement l'état d'évolution de votre dossier et reste disponible pour vous conseiller ou vous apporter les explications nécessaires.

20-2 Gestion de votre dossier

Mutex se charge, en cas de sinistre garanti, de l'instruction et de la gestion du dossier et fait procéder à nos frais aux opérations d'expertises nécessaires.

En cas de décès, Mutex se réserve la possibilité de faire procéder à une expertise médicale sur pièces.

20-2-1 Traitement des désaccords

• Litige d'ordre médical

Dans le cas où l'assuré ou le(s) bénéficiaire(s), d'une part, et Mutex, d'autre part, ne peuvent pas se mettre d'accord soit sur les causes du décès ou sur la qualification ou les taux retenus pour l'un quelconque des préjudices garantis, notamment ceux de l'incapacité permanente, leur différend est soumis à deux médecins choisis l'un par l'assuré ou ses ayants droit, l'autre par Mutex.

Si ces deux médecins ne peuvent se mettre d'accord, les parties en choisissent un troisième pour les départager et, si elles ne s'entendent pas sur le choix de ce dernier ou, faute par l'une des parties de désigner son expert, la désignation en est faite à la

requête de la partie la plus diligente par le tribunal compétent du lieu de l'accident ou du domicile de la victime. Les parties prennent l'une et l'autre en charge les honoraires et frais du médecin qu'elles ont respectivement choisi. Elles supportent par moitié les honoraires et frais du troisième médecin.

• Litige au sujet du calcul des indemnités

Dans le cas où l'assuré ou le(s) bénéficiaire(s), d'une part, et Mutex, d'autre part, ne peuvent pas se mettre d'accord sur le montant des indemnités devant être attribuées, la résolution du différend peut être recherchée par la mise en œuvre de la procédure de traitement des réclamations à l'article 20-2-2.

20-2-2 Réclamations

Pour toute réclamation liée à l'exécution de votre contrat, vous pouvez vous adresser par priorité à l'organisme ayant recueilli votre adhésion ou à Mutex :

- par courrier auprès du Service Qualité Relation Adhèrent de MUTEX : 140 avenue de la République - CS 30007 - 92327 Châtillon cedex,
- par mail : reclamation.accueil@mutex.fr,
- via le formulaire de contact [mutex.fr](https://www.mutex.fr/nouscontacter/) : <https://www.mutex.fr/nouscontacter/>.

Pour les réclamations formulées à l'oral ou sur un support écrit non durable, si nous n'avons pas pu vous donner immédiatement entière satisfaction, nous vous invitons à formaliser votre mécontentement via l'un des canaux précités.

Quel que soit le point de contact, vous recevrez un accusé réception par écrit de votre réclamation écrite dans un délai maximal de dix jours ouvrables à compter de son envoi (sauf réponse dans ce délai).

En tout état de cause, Mutex s'engage à vous répondre dans un délai n'excédant pas 2 mois à compter de l'envoi de la première manifestation écrite d'un mécontentement (le cachet de la poste faisant foi pour les réclamations adressées par voie postale), sauf dispositions législatives ou réglementaires plus contraignantes.

Si la réponse définitive apportée est insatisfaisante ou si vous n'avez pas obtenu de réponse depuis plus de deux mois, vous pouvez saisir la Médiation de l'Assurance en joignant la copie des réponses écrites qui vous ont été faites.

Les informations liées à la prise en charge des réclamations et aux obligations incombant à l'assureur sont accessibles sur le site www.mutex.fr.

20-2-3 Médiation

En cas de litige, MUTEX met à disposition de ses assurés, bénéficiaire(s) et de toute personne dûment mandatée pour représenter l'assuré ou le(s) bénéficiaire(s) la procédure de recours gracieux de la Médiation de l'Assurance. Cette procédure est accessible gratuitement à tout client, assuré ou bénéficiaire, confrontés à un litige relatif à la souscription, l'interprétation ou l'application du présent contrat, non résolue après épuisement des procédures internes de règlement des réclamations.

La procédure de Médiation suspend la prescription.

Le Médiateur de l'assurance peut être saisi par l'assuré ou son représentant par priorité par internet : www.mediation-assurance.org.

A défaut à l'adresse suivante : La Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 Paris cedex 09.

L'indépendance du Médiateur et plus généralement les engagements de la Médiation de l'Assurance vis-à-vis des réclamants sont inscrits dans une charte, consultable à partir du site de la Médiation de l'Assurance.

20-3 Paiement de l'indemnité

20-3-1 Offre définitive

Mutex s'engage à présenter une offre définitive d'indemnisation à l'assuré ou au(x) bénéficiaire(s), dans le mois suivant la réception de l'ensemble des pièces justificatives qu'elle leur aura réclamé ou des conclusions d'expertise fixant définitivement le taux d'incapacité.

20-3-2 Offre provisoire

Si le médecin expert ne peut conclure de façon définitive mais estime que l'incapacité permanente directement imputable à l'accident sera au minimum de 10 %, une offre provisionnelle sera faite dans le mois suivant la communication de l'estimation du médecin.

Le montant de l'indemnité provisionnelle est déduit du montant de l'offre définitive d'indemnisation.

En cas de solde négatif, l'assuré n'est pas tenu de restituer le trop perçu.

20-3-3 Paiement

Nous effectuons le paiement des indemnités dans un délai de 1 mois à partir de l'acceptation de l'offre.

20-3-4 Avance sur recours

Lorsque l'accident engage la responsabilité totale ou partielle d'un tiers, quel qu'il soit, les indemnités sont versées à titre d'avance sur la réparation de l'ensemble du préjudice de l'assuré ou du bénéficiaire dont est redevable, le tiers responsable, son assureur ou tout organisme débiteur d'indemnités, de toute nature, du chef du même préjudice.

Toutefois, les indemnités suivantes :

- indemnité de base en cas d'incapacité permanente,
- capital décès,
- forfait hospitalisation,
- sont définitivement acquises à l'assuré ou au(x) bénéficiaire(s).

20-3-5 La transparence

En cas de désaccord entre vous et nous sur le montant de l'indemnité devant être versée :

- nous nous engageons à vous régler les sommes que nous estimons vous devoir sans attendre l'issue de la procédure de Traitement des réclamations.
- lorsque nous procédons au règlement, nous vous rappelons les délais de prescription prévus aux articles L.114-1, L.114-2 et L.114-3 du Code des assurances.

Nous vous informons également de ces délais lorsque nous estimons ne pas devoir prendre en charge le sinistre.

20-3-6 En cas de non-respect de nos engagements

Si nous ne respectons pas notre Engagement Qualité à l'occasion du traitement de votre dossier, vous disposez du droit de résilier votre adhésion dont les garanties ont été mises en jeu.

Ce droit peut s'exercer à tout moment du traitement du dossier et au plus tard 12 mois après la date de survenance du sinistre.

Ce cas de résiliation vient en complément des autres cas de résiliation de l'adhésion mentionnés à l'article 28-1.

TITRE IV - FONCTIONNEMENT DE VOTRE ADHÉSION

SECTION I - CONDITIONS D'ADHÉSION ET PRISE D'EFFET

📍 Article 21 - Conditions d'adhésion

Les caractéristiques de votre adhésion sont mentionnées sur le **bulletin d'adhésion et reprises sur les Conditions particulières. Vous et les assurés devez être âgés de 65 ans maximum.**

Vous devez signer et compléter le bulletin d'adhésion. L'adhésion est subordonnée à l'acceptation de notre part. Il ne peut être enregistré qu'une seule adhésion au titre du présent document.

Les garanties prennent effet à la date d'adhésion figurant aux Conditions particulières, sous réserve de l'encaissement effectif de la première cotisation ; **seuls les accidents survenant après cette date sont couverts.**

Les mêmes dispositions s'appliquent à tout avenant à l'adhésion.

📍 Article 22 - Prise d'effet et durée de l'adhésion

22-1 Prise d'effet de votre adhésion

L'adhésion prend effet le jour de la signature du bulletin d'adhésion sous réserve de l'acceptation de l'adhésion par Mutex et du paiement de la première cotisation telle qu'indiquée sur le bulletin d'adhésion.

La date d'effet fixe le point de départ des garanties, elle est indiquée dans les Conditions particulières.

22-2 Durée de votre adhésion

L'adhésion est conclue pour une durée d'un an renouvelable annuellement par tacite reconduction à la date anniversaire de la date d'effet sous réserve du paiement de la cotisation annuelle.

Toutefois, Mutex continuera à verser les prestations résultant d'un événement garanti s'il survient avant la date de prise d'effet de la rupture du lien entre l'adhérent et sa mutuelle distributrice et ce, jusqu'à la fin des droits de l'assuré prévus par les présentes Conditions générales.

SECTION II - VIE DE VOTRE ADHÉSION

Article 23 - Obligation de déclaration

Nous fondons nos engagements sur vos déclarations. A l'adhésion et en cours de vie de celle-ci, vous devez donc nous signaler tous changements de situation professionnelle, familiale (en particulier, la naissance d'un enfant) et matrimoniale, ainsi que toutes circonstances nouvelles aggravant le risque ou en créant de nouveaux au plus tard dans les 15 jours de l'événement.

Vous devez déclarer votre changement d'adresse.

Vous devez également déclarer, à tout moment, toute renonciation de votre part à un recours éventuel à l'encontre de tout responsable d'un sinistre.

Article 24 - Modification de votre adhésion

Vous devez déclarer tout changement portant sur l'un des éléments déclarés lors de l'adhésion notamment ceux mentionnés aux Conditions particulières et annexes, **par lettre recommandée dans les 15 jours où vous avez eu connaissance de circonstances nouvelles aggravant les risques ou en créant de nouveaux.**

Si la modification constitue une aggravation du risque, nous pouvons, dans les conditions prévues à l'article L.113-4 du Code des assurances, soit résilier l'adhésion, soit proposer un nouveau montant de cotisation. Si vous n'acceptez pas le nouveau taux, nous pouvons résilier l'adhésion.

Nous considérons comme un élément susceptible d'aggraver le risque, l'importance des capitaux garantis au titre d'un ou plusieurs contrats en cas de décès accidentel ou d'incapacité permanente de l'assuré.

La modification de votre adhésion doit être demandée par lettre recommandée. Elle prendra effet, après acceptation de notre part, à la date que vous nous indiquez, mais au plus tôt à la date d'envoi de la lettre recommandée.

La date d'envoi de la lettre recommandée est celle indiquée sur le cachet apposé par les services postaux.

Toutefois, nous nous réservons le droit d'interrompre la garantie dans les 10 jours de la réception de cette proposition : la garantie cesse alors 10 jours après l'envoi d'une lettre recommandée vous avisant de cette interruption.

Article 25 - Obligation de déclaration non respectée

L'adhésion repose sur l'exactitude des déclarations de l'assuré conformément à l'article L.113-2 du Code des assurances. Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle, peut entraîner la nullité de l'adhésion conformément à l'article L.113-8 et L.132-26 du Code des assurances.

La fausse déclaration non intentionnelle n'entraîne pas la nullité de l'adhésion. Néanmoins, et conformément aux dispositions de l'article L.113-9 du Code des assurances, l'assureur peut procéder soit à une augmentation de cotisations en cas de constatations avant sinistre, soit à une diminution d'indemnités en cas de constatations après sinistre.

Article 26 - Cotisation

26-1 Modalité

Votre engagement est annuel. La cotisation correspond au coût des garanties souscrites auquel viennent s'ajouter :

- les accessoires de cotisation, notamment les frais de gestion annuels de l'adhésion,
- les impôts et taxes établis sur les contrats d'assurance et dont la récupération n'est pas interdite.

26-2 Paiement

La cotisation est payable annuellement et d'avance à la date anniversaire de la date d'effet ou le 1^{er} jour ouvré suivant si c'est un jour férié. Sa périodicité et son montant sont indiqués aux Conditions particulières. La cotisation peut évoluer chaque année à la date anniversaire de l'adhésion, en fonction des résultats du contrat collectif et de la revalorisation.

À défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation, nous pouvons, dans les conditions et délais prévus par l'article L.113-3 du Code des assurances, suspendre la garantie et, éventuellement, résilier l'adhésion (cas n° 7 de l'article 29-1), les frais engendrés par l'envoi de la lettre recommandée et/ou, le cas échéant, de prélèvement ou tout autre moyen de paiement non honoré, étant alors à votre charge.

26-3 Révision

La révision de la cotisation est annuelle.

Nous pouvons réviser au premier jour de chaque année civile, le tarif applicable aux risques garantis. La cotisation annuelle est alors modifiée dans la même proportion.

Le nouveau tarif s'applique à l'échéance annuelle indiquée aux Conditions particulières ou dès le jour de l'avenant en cas de modification de l'adhésion.

Vous pouvez résilier votre adhésion (cas n° 3 de l'article 28-1) en cas de majoration de la cotisation annuelle consécutive à la révision de la cotisation annuelle. Vous disposez de 30 jours à compter de la réception de l'avis d'échéance pour nous demander la résiliation de votre adhésion. La prise d'effet de la résiliation a lieu 30 jours après votre demande de résiliation.

Le prorata de cotisation afférent à la période de garantie allant jusqu'à la date de résiliation est alors calculé sur la base de l'ancien tarif et demeure exigible. À défaut de résiliation, nous considérons que vous acceptez la nouvelle cotisation.

26-4 Revalorisation des cotisations et des plafonds et montants de garantie

Nous nous réservons le droit de revaloriser :

- les cotisations et les franchises correspondant à l'ensemble des garanties,
- les plafonds de garantie indiqués à l'article 4-1.

Cette revalorisation prend effet à la date anniversaire de l'adhésion.

Les revalorisations sont fixées sur décision de l'organisme assureur.

26-5 Non paiement des cotisations

La cotisation, ainsi que les impôts et taxes y afférents, doit être réglée dans les 10 jours de son échéance. A défaut, il vous sera adressé une lettre recommandée de mise en demeure vous informant que la garantie sera suspendue à l'expiration d'un délai de 30 jours suivant l'envoi de cette lettre (cas n° 7 de l'article 28-1).

Si la cotisation n'a pas été réglée dans les 10 jours suivant l'expiration du délai précédent de 30 jours, l'adhésion sera résiliée définitivement de plein droit.

Toutefois, nous pouvons surseoir à l'application de la résiliation dans le cas où vous justifiez que le retard dans le versement de la cotisation est dû à un cas de force majeure.

En tout état de cause, aucune prise en charge ne peut intervenir pour des événements survenant durant la période de suspension de la garantie ou après résiliation de l'adhésion.

🕒 Article 27 - Droit de renonciation

Vous pouvez renoncer à votre adhésion et être remboursé pendant les **30 jours calendaires révolus** à compter de la date de signature du bulletin d'adhésion.

Cette renonciation doit être faite :

- par un envoi recommandé électronique avec avis de réception à l'adresse suivante : LRE.PFE@mutex.fr
- ou
- par lettre recommandée avec avis de réception datée, signée et envoyée à l'organisme ayant recueilli votre adhésion, ou à défaut à l'adresse suivante : 140 avenue de la République - CS 30007 - 92327 Châtillon cedex.

Elle peut être rédigée selon le modèle suivant :

« Désirant bénéficier de la faculté de renoncer à mon adhésion Quiem n° _____ effectuée en date du _____, je vous prie de bien vouloir me rembourser l'intégralité de mon

versement de _____, et ce, dans un délai maximum de 30 jours à compter de la réception de la présente.

Date et Signature ».

La renonciation entraîne la restitution à l'adhérent-assuré de l'intégralité de la cotisation versée dans le délai maximum de trente jours calendaires révolus à compter de la réception du recommandé électronique ou de la lettre recommandée.

🕒 Article 28 - Résiliation de votre adhésion

28-1 Tableau récapitulatif des cas et conditions de résiliation de l'adhésion

Les références précédées des lettres « L », « R » et « A » correspondent, sauf mention contraire, au Code des assurances : L : LOI - R : DÉCRET - A : ARRÊTÉ.

Cas n°	Motif de la résiliation	Initiative de la résiliation	Date de prise d'effet de la résiliation	Conditions	Texte applicable
1	Opposition au renouvellement par tacite reconduction des garanties de l'adhésion	Vous ou nous	Date d'échéance annuelle indiquée aux Conditions particulières	Délai de préavis à respecter : • Vous : 1 mois • Nous : 2 mois	
1 Bis	Envoi de l'avis d'échéance moins de 15 jours avant la fin du droit d'opposition au renouvellement de l'adhésion, ou après cette date	Vous	• Date d'échéance indiquée aux Conditions particulières si la demande est formulée avant celle-ci • Le lendemain de la date figurant sur le cachet de La Poste si la demande est formulée après la date d'échéance	• Envoi par nous de l'avis d'échéance annuelle indiquée aux Conditions particulières • Demande de résiliation formulée dans les 20 jours de cet envoi	L.113-15-1
2	Changement de votre situation portant sur l'un des éléments suivants : domicile, situation matrimoniale, régime matrimonial, profession	Vous ou nous	1 mois après notification de la résiliation à l'autre partie	La résiliation doit faire l'objet d'une notification dans le délai de 3 mois suivant l'événement qui la motive	L.113-16
3	Majoration résultant de la révision de la cotisation annuelle	Vous	30 jours après votre demande de résiliation	Vous disposez de 30 jours à compter de la réception de l'avis d'échéance pour nous demander la résiliation de votre adhésion	Article 25-3 des Conditions générales
4	Diminution du risque	Vous	30 jours après votre demande de résiliation	Nous devons avoir refusé de réduire la cotisation en proportion de la diminution du risque	L.113-4
5	Résiliation par nous d'un autre de vos contrats après sinistre	Vous	1 mois après votre demande de résiliation	Nous devons avoir préalablement résilié après sinistre un autre de vos contrats	R.113-10
6	Décès de l'adhérent	De plein droit	• 30 jours après le décès pour les formules « famille » et « couple ». Dans ce cas cependant, les droits et obligations de l'adhérent peuvent, avec notre accord, être transférés sur l'une des autres personnes assurées • le lendemain à 0 heure du jour du décès pour la formule « individuelle »	Aucune	Article 22-2 des Conditions générales
7	Non-paiement de la cotisation	Nous	40 jours après l'envoi de la lettre recommandée de mise en demeure ou, lorsque cette lettre ne prévoit pas la résiliation de l'adhésion, le jour de l'envoi d'une nouvelle lettre recommandée destinée à notifier la résiliation de l'adhésion pour non-paiement	Envoi préalable d'une lettre recommandée de mise en demeure	L.113-3 R.113-1
8	Aggravation du risque	Nous	10 jours après notification de la résiliation ou 30 jours après l'envoi d'une proposition avec un nouveau montant de cotisation à laquelle vous ne donnez pas suite	Aggravation de l'un des éléments du risque mentionnés à l'article 24 des Conditions générales	L.113-4
9	Réticence ou inexactitude dans la déclaration du risque au moment de l'adhésion ou en cours de cette dernière	Nous	10 jours après notification de la résiliation	Réticence ou fausse déclaration ayant eu pour effet de modifier l'opinion que nous nous étions faite du risque	L.113-8 L.113-9
10	Survenance d'un sinistre	Nous	1 mois après notification de la résiliation	Nous ne pourrions plus résilier si passé le délai d'un mois après connaissance du sinistre, nous avons accepté le paiement d'une cotisation pour une période postérieure à ce sinistre	R.113-10

28-2 Forme et délais de résiliation

1. La résiliation à votre initiative peut être adressée :

- par envoi recommandé électronique avec avis de réception à l'adresse suivante : LRE.PFE@mutex.fr
- par lettre recommandée avec avis de réception ou par lettre simple à l'adresse suivante : MUTEX - 140 avenue de la République - CS 30007 - 92327 Châtillon cedex ou à l'adresse postale de votre correspondant gestion habituel ;
- par e-mail envoyé à votre correspondant gestion habituel.

Lorsqu'elle est envoyée par e-mail, votre demande de résiliation doit être transmise, en pièce jointe, en format pdf afin d'être recevable.

En tout état de cause, votre demande de résiliation peut être effectuée selon l'une des autres modalités prévues à l'article L. 113-14 du Code des assurances.

2. La résiliation à notre initiative vous est notifiée par lettre recommandée (avec accusé de réception dans le cas n° 2) adressée au dernier domicile que vous nous avez notifié.

Les délais de préavis et de résiliation sont décomptés, sauf dans les cas n° 1 et n° 7, à partir de la date de première présentation de la lettre recommandée par les services postaux au dernier domicile que vous nous avez notifié.

Dans le cas n° 1, le délai de préavis est décompté à partir de la date d'envoi de la lettre recommandée.

Dans le cas n° 7, la résiliation intervient à la date d'envoi de la lettre recommandée notifiant cette résiliation, sauf si celle-ci est annoncée dans la lettre recommandée valant mise en demeure de régler la cotisation impayée. Dans ce dernier cas, la résiliation intervient

automatiquement 40 jours après l'envoi de cette lettre recommandée de mise en demeure.

28-3 Résiliation en cours de période d'assurance

Nous avons droit au paiement de la cotisation couvrant la période antérieure à la résiliation.

Nous avons droit également de réclamer ou de conserver la fraction de cotisation couvrant la période démarrant à compter de la date d'interruption des garanties lorsque la résiliation est consécutive au non-paiement de la cotisation.

Dans les autres cas, nous remboursons la fraction de cotisation postérieure à la résiliation, lorsque cette cotisation a été payée d'avance.

🕒 Article 29 - Modification et résiliation du contrat collectif

29-1 Durée du contrat collectif

Le contrat collectif est conclu entre l'AMPPS, l'AVME et Mutex jusqu'au 31 décembre suivant sa date d'effet.

Il se renouvelle le 1^{er} janvier de chaque année par tacite reconduction, sauf dénonciation préalable par l'une des parties au contrat envoyée au moins deux mois avant la date d'échéance.

29-2 Modification du contrat collectif

Vos droits et obligations peuvent être modifiés par voie d'avenant conclu entre les souscripteurs et Mutex. Ces avenants sont adoptés par décision de l'assemblée générale du souscripteur, ou de son conseil d'administration sur délégation de l'assemblée générale.

Les conditions d'adoption des décisions par l'assemblée générale ou son conseil d'administration vous sont communiquées par le souscripteur. Le souscripteur (ou sur délégation Mutex) informe par écrit les adhérents des modifications apportées à leurs droits et obligations, trois mois au moins avant leur date d'entrée en vigueur.

Vous pouvez refuser ces modifications et vous disposez alors d'un délai d'un mois pour résilier votre adhésion.

29-3 Résiliation du contrat collectif

En cas de résiliation du contrat collectif, les adhésions en cours poursuivent leurs effets et continuent d'être assurées jusqu'à leur terme par l'assureur aux conditions de garanties en vigueur au jour de la résiliation, sous réserve du paiement des cotisations et des sanctions pour fausse déclaration. Les adhésions en cours pourront faire l'objet d'une révision tarifaire.

Les adhésions nouvelles ne sont plus acceptées par Mutex dès réception de la demande de résiliation effectuée par le souscripteur selon l'une des modalités prévues à l'article L.113-14 du Code des assurances.

🕒 Article 30 - Prescription

Toute action dérivant du présent contrat d'assurance est prescrite par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Ce délai est porté à dix ans lorsque le bénéficiaire des garanties est une personne distincte de l'assuré.

Ce délai est porté à 5 ans pour la garantie incapacité de travail. Toutefois, ce délai ne court :

en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où Mutex en a eu connaissance en cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription (reconnaissance d'un droit par l'assuré ou par l'assureur ; demande en justice, même en référé ; acte d'exécution forcée) 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 avis de réception adressée par l'assureur au souscripteur en ce qui concerne l'action

en paiement de la prime et par le(s) bénéficiaire(s) à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

🕒 Article 31 - Protection des données à caractère personnel

Vos données à caractère personnel, et le cas échéant celles de vos éventuels bénéficiaires, collectées tout au long de la relation contractuelle, font l'objet de traitements mis en œuvre par Mutex, l'organisme assureur, ainsi que par l'organisme distributeur, et l'organisme gestionnaire en cas de délégation de gestion.

En effet, les associations souscriptrices, pour l'exécution du présent contrat, délèguent tout ou partie des obligations qui leur incombent en qualité de souscripteurs du contrat groupe, aux distributeurs ou à Mutex.

Mutex est responsable des traitements concernant la gestion du présent contrat. L'organisme distributeur est responsable des traitements concernant la distribution du présent contrat.

Les associations souscriptrices sont des responsables des traitements distincts et autonomes concernant leurs missions de sauvegarde des intérêts de leurs adhérents. Ces associations souscriptrices sont amenées à traiter les données personnelles de leurs adhérents dans le cadre d'opération de gouvernance notamment l'organisation de l'Assemblée Générale.

Dans tous les cas, chaque organisme revêt seule la qualité de responsable du traitement au titre des traitements qu'il met en œuvre pour son propre compte.

Ces organismes mettent en œuvre des traitements de données à caractère personnel vous concernant, ainsi que de celles de vos éventuels bénéficiaires, dans le cadre de la passation, la gestion et l'exécution du présent contrat, la gestion de la relation commerciale, l'exercice du devoir de conseil, la gestion des réclamations, des éventuels contentieux et du recouvrement. Les données personnelles sont également traitées afin de répondre aux dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur. Il est notamment mis en œuvre un traitement ayant pour finalité la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme, le prélèvement à la source ainsi que la recherche des bénéficiaires de contrats décès non réglés.

D'autres traitements sont basés sur l'intérêt légitime des responsables de traitements afin d'apporter de meilleurs produits et services, d'améliorer la connaissance client pour personnaliser les contenus et de proposer des offres adaptées aux besoins des assurés. Les données personnelles peuvent être traitées notamment pour la réalisation de statistiques, d'études actuarielles, d'analyses de recherche et développement, pour des opérations de prospection.

Il y a également le traitement relatif à la lutte contre la fraude pouvant conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, incluant un dispositif mutualisé des données des contrats et des sinistres déclarés auprès des organismes assureurs, mis en œuvre par l'Agence pour la lutte contre la fraude à l'assurance (ALFA).

Concernant les données relatives à votre état de santé, le traitement est nécessaire aux fins de l'exécution des obligations et de l'exercice de vos droits ou à ceux de Mutex en matière de droit à la protection sociale. Parmi ces données celles qui sont couvertes par le secret médical sont exclusivement destinées au Service Médical de Mutex, sous l'autorité du Médecin conseil de Mutex.

Les données collectées sont indispensables à la mise en œuvre de ces traitements et sont destinées aux services concernés de ces organismes, ainsi que le cas échéant à leurs sous-traitants, prestataires, partenaires, intermédiaires d'assurance, réassureurs et coassureurs, organismes professionnels habilités, dans la limite de leurs attributions respectives.

Ces organismes sont tenus de s'assurer que les données sont exactes, complètes et, le cas échéant, mises à jour.

Les durées de conservation des données à caractère personnel traitées dans le cadre de la gestion des contrats d'assurance et de la relation clients avec l'assuré et les bénéficiaires varient en fonction des finalités susvisées et sont conformes aux recommandations de la CNIL. En tout état de cause, le calcul de ces durées est réalisé en fonction des finalités pour lesquelles les données sont collectées, de la durée de la relation contractuelle, des obligations légales des organismes précités et des prescriptions légales applicables.

Si vos données à caractère personnel, ainsi que de celles de vos éventuels bénéficiaires, venaient à être traitées chez un tiers situé dans un pays hors de l'Union européenne et ne présentant pas un niveau de protection des données personnelles reconnu adéquat par la Commission européenne, les responsables de traitements s'assureront que le tiers fournit des garanties appropriées concernant le transfert ou fondent le transfert sur la base d'une décision d'adéquation au sens de la réglementation.

Les responsables de traitements et ses partenaires s'engagent à ne pas exploiter vos données à caractère personnel, ainsi que de celles de vos éventuels bénéficiaires pour d'autres finalités que celles précitées et à ce que vos données à caractère personnel, ainsi que de celles de vos éventuels bénéficiaires ne soient en aucun cas transmises à des tiers non autorisés.

Les responsables de traitements et ses partenaires s'engagent également à prendre les mesures techniques et organisationnelles appropriées pour garantir un niveau de sécurité et de confidentialité adapté au risque présenté par le traitement de vos données à caractère personnel, ainsi que de celles de vos éventuels bénéficiaires et à notifier à la CNIL et de vous informer en cas de violation de leurs données dans les limites et conditions de la réglementation.

En application de la législation en vigueur, vous, et vos éventuels bénéficiaires, disposez du droit de demander l'accès à vos données à caractère personnel, de les rectifier ou de les effacer, ainsi que de décider de leur sort post-mortem. Vous disposez également du droit de s'opposer au traitement à tout moment pour des raisons tenant à vos situations particulières, de limiter le traitement dont vous faites l'objet, et du droit à la portabilité des données à caractère personnel dans les limites fixées par la loi. Vous pouvez à tout moment retirer votre consentement si le traitement est soumis à consentement.

Vous, et vos éventuels bénéficiaires, pouvez exercer vos droits par mail à dpo@mutex.fr ou par courrier à Délégué à la Protection des Données de Mutex, 140 avenue de la République, CS30007, 92327 Châtillon cedex.

Pour toute question ou exercice de droit concernant le traitement des données personnelles relatives à votre état de santé, vous devez vous adresser par courrier au Médecin conseil de Mutex – 140 avenue de la République – CS 30007 – 92327 Châtillon Cedex.

Mutex étant soumis à une obligation d'identification de la personne concernée dans le cadre de l'exercice des droits, la production d'un titre d'identité peut être demandée à cette dernière. Si vous estimez, après avoir contacté l'interlocuteur précité, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL sur www.cnil.fr ou par courrier à l'adresse suivante : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de Fontenoy - TSA 80715, 75334 PARIS CEDEX 07.

Vous êtes informés que si vous ne souhaitez pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique, vous disposez du droit de faire opposition au démarchage téléphonique en entrant vos numéros de téléphone fixes et/ou portables sur la liste d'opposition gratuite accessible via le site www.bloctel.gouv.fr. Votre inscription, valable pour une durée de 3 ans, sera effective à compter d'un délai de 30 jours après la confirmation de votre inscription.

Une notice de Protection des données à caractère personnel apportant des informations complémentaires est consultable sur le site www.mutex.fr.

🕒 Article 32 - Information annuelle

Nous nous engageons à vous communiquer chaque année une information indiquant notamment les montants de votre cotisation annuelle et des garanties souscrites.

TITRE V - DISPOSITIONS RELATIVES À LA SIGNATURE ÉLECTRONIQUE

🕒 Article 33 - Objet

Le présent titre a pour objet de définir les conditions dans lesquelles le candidat à l'assurance, l'assureur et le distributeur reconnaissent aux documents contractuels signés et transmis par voie électronique, la qualité de documents originaux et les admettent comme mode de preuve au même titre qu'un écrit sur support papier.

🕒 Article 34 - Définitions

Signature électronique

Lorsqu'elle est électronique, elle consiste en l'usage d'un procédé fiable d'identification garantissant son lien avec l'acte auquel elle s'attache. La fiabilité de ce procédé est présumée, jusqu'à preuve contraire, lorsque la signature électronique est créée, l'identité du signataire assurée et l'intégrité de l'acte garantie, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat (article 1367 alinéa 2 du Code civil).

Support Durable

Tout instrument offrant la possibilité à l'assuré, à l'assureur, à l'intermédiaire ou au souscripteur d'un contrat d'assurance de groupe de stocker des informations qui lui sont adressées personnellement afin de pouvoir s'y reporter ultérieurement pendant un laps de temps adapté aux fins auxquelles les informations sont destinées et qui permet la reproduction à l'identique des informations conservées (article L.111-9 du Code des assurances).

🕒 Article 35 - Champ d'application

Les conditions définies ci-après s'appliquent dès la première opération effectuée au moyen d'une signature électronique dans le cadre de l'adhésion au présent contrat d'assurance.

Ces conditions sont également valables pour toutes les demandes d'opérations ultérieures signées de manière électronique en cours de vie du contrat.

🕒 Article 36 - Modalités de la signature électronique

La signature des documents contractuels est réalisée selon le procédé qui suit :

- Le candidat à l'assurance renseigne les informations demandées (nom, prénom, adresse postale, coordonnées bancaires...), choisit les options et les garanties, sélectionne la cotisation, le mode de paiement et la périodicité et joint les justificatifs demandés.
- Par un clic sur « signature électronique » il accède à un espace sécurisé du tiers de confiance choisi et procède à la relecture et la vérification de ses réponses figurant dans les documents précontractuels.
- S'il approuve les informations figurant sur les documents, le candidat à l'assurance coche l'encart selon lequel il déclare avoir lu les documents et en accepte le contenu.
- Puis il renseigne le code confidentiel qui lui a été adressé par SMS par le tiers de confiance sur le numéro de téléphone mobile qu'il aura communiqué et qui permet l'authentification du signataire.
- Il coche les encarts au moyen desquels :
 - il reconnaît avoir lu et accepte les Conditions générales d'utilisation ainsi que les Conditions spécifiques d'utilisation du tiers de confiance choisi ;
 - il reconnaît avoir lu et accepte la Politique de Protection des Données du tiers de confiance.
- Il clique sur « Signer » pour procéder à la signature des documents contractuels ou le cas échéant conserve la possibilité de refuser de signer ces documents.
- Lorsqu'il a cliqué sur « Signer », un écran de confirmation de la prise en compte de l'adhésion au présent contrat d'assurance s'affiche, indiquant la date de sa prise d'effet.
- Un mail de confirmation lui est ensuite envoyé à l'adresse mail qu'il aura renseigné avec les documents signés sous format PDF en pièce jointe.
- Ces documents seront également stockés sur l'espace personnel du signataire s'il en a ouvert un.

🕒 Article 37 - Horodatage

Les éléments collectés lors de la signature électronique sont consignés dans un fichier de preuve garantissant la fiabilité du processus de signature des documents contractuels.

Le fichier de preuve contient l'ensemble des actions effectuées par le signataire ainsi que les documents contractuels signés.

Le fichier de preuve est scellé au moyen d'un cachet électronique émis par le tiers de confiance, horodaté et conservé de manière à en garantir l'intégrité et n'est accessible que par l'assureur.

🕒 Article 38 - Force probante du document signé électroniquement

L'assureur et le candidat à l'assurance reconnaissent que tout document signé de manière électronique :

- constitue l'original du document ;
- est une preuve littérale et possède la même valeur probante qu'un écrit signé de façon manuscrite sur support papier (article 1316-3 du Code civil) ;
- est parfaitement valable et opposable par l'assureur au candidat à l'assurance.

Le candidat à l'assurance et l'assureur conviennent que le document signé électroniquement ne confère pas plus de droits que s'il avait été établi, signé et conservé sur support papier.

Ils reconnaissent également que la signature électronique des documents contractuels vaut preuve de son contenu, de l'identité du signataire et entraîne le consentement de chacun d'eux aux droits et obligations qui en découlent.

En outre, l'assureur et le candidat à l'assurance entendent que le procédé d'horodatage mis en œuvre dans le cadre de la signature électronique du document constitue la modalité de preuve de la date de sa signature.

🕒 Article 39 - Transmission par voie électronique

Si le candidat à l'assurance opte pour la signature électronique, il doit, au préalable, télécharger les documents contractuels et certifier les avoir enregistrés et/ou imprimés pour pouvoir s'y reporter ultérieurement.

Tout document signé électroniquement pourra faire l'objet d'une transmission via un support durable autre que papier.

Le candidat à l'assurance peut s'opposer à l'utilisation de ce support dès l'entrée en relation avec l'assureur ou à n'importe quel moment.

Les documents contractuels doivent être conservés et stockés par le candidat à l'assurance sur son ordinateur ou tout autre moyen de stockage de son choix.

Le candidat à l'assurance peut à tout moment en demander un exemplaire papier à l'assureur.

L'assureur pourra également délivrer toute information ou toute correspondance au candidat à l'assurance par voie électronique (e-mail) et via son espace personnel, le cas échéant.

Le candidat à l'assurance est réputé avoir pris connaissance de la correspondance et de son contenu du seul fait de son envoi sur l'adresse électronique, telle que déclarée à l'assureur.

Le candidat à l'assurance reconnaît également que tout document signé électroniquement par lui et transmis par voie électronique a force probante de son envoi et de sa réception et peut lui être valablement opposé.

TITRE VI - ANNEXES

ANNEXE I - TEXTE DE L'ARTICLE 29 DE LA LOI N° 85-677 DU 05 JUILLET 1985

Seules les prestations énumérées ci-après versées à la victime d'un dommage résultant des atteintes à sa personne ouvrent droit à un recours contre la personne tenue à réparation ou son assureur :

1. Les prestations versées par les organismes, établissements et services gérant un régime obligatoire de Sécurité sociale et par ceux qui sont mentionnés aux articles 1106-9, 1234-8 et 1234-20 du Code rural.
2. Les prestations énumérées au II de l'article 1^{er} de l'ordonnance n° 59-76 du 7 janvier 1959 relative aux actions en réparation civile de l'État et de certaines autres personnes publiques.
3. Les sommes versées en remboursement des frais de traitement médical et de rééducation.
4. Les salaires et les accessoires du salaire maintenus par l'employeur pendant la période d'inactivité consécutive à l'événement qui a occasionné le dommage.
5. Les indemnités journalières de maladie et les prestations d'invalidité versées par les groupements mutualistes régis par le Code de la Mutualité (Loi n° 94-678 du 8 août 1994, art. 15), « les institutions de prévoyance régies par le Code de la Sécurité sociale ou le Code rural et les Sociétés d'assurance régies par le Code des assurances ».

ANNEXE II - INDEMNISATION DES SOUFFRANCES ENDURÉES ET DU PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE PERMANENT

Souffrances endurées		Qualification	Préjudice esthétique permanent	
Niveau 1	Niveau 2		Niveau 1	Niveau 2
250 €	250 €	0,5	250 €	250 €
600 €	600 €	1	600 €	600 €
800 €	800 €	1,5	800 €	800 €
1 200 €	1 200 €	2	1 200 €	1 200 €
1 700 €	1 700 €	2,5	1 700 €	1 700 €
2 500 €	2 500 €	3	2 500 €	2 500 €
3 500 €	3 500 €	3,5	3 500 €	3 500 €
5 000 €	5 000 €	4	5 000 €	5 000 €
7 500 €	7 500 €	4,5	7 500 €	7 500 €
10 000 €	10 000 €	5	10 000 €	10 000 €
14 000 €	17 500 €	5,5	14 000 €	17 500 €
20 000 €	25 000 €	6	20 000 €	25 000 €
25 000 €	32 500 €	6,5	25 000 €	32 500 €
32 000 €	40 000 €	7	32 000 €	40 000 €

ANNEXE III - EXEMPLES

Exemple 1

Madame V. est âgée de 30 ans, elle n'exerce aucune profession. Lors d'une activité sportive, elle s'est occasionnée une fracture. Les blessures imputables à cet accident ont entraîné :

- une incapacité temporaire totale de 30 jours, l'empêchant d'accomplir ses occupations habituelles,
- une incapacité permanente partielle de 12 %, des souffrances endurées estimées à 3/7,
- un préjudice esthétique permanent estimé à 1/7.

En l'absence de prestations prévues à l'article 29 de la loi du 05 juillet 1985 (Annexe 1), les garanties de l'adhésion à **Quiem** vont lui permettre de recevoir les indemnités suivantes :

Garanties	Modalités de calcul	Niveau 1	Niveau 2
Incapacité permanente Indemnité de base	Taux d'incapacité X Valeur de point correspondant à ce taux (art 4-I et 8-4-1 des CG) Niveau 1 : 12 X 130 € Niveau 2 : 12 X 600 €	1 560 €	7 200 €
Incapacité permanente Indemnité complémentaire	Taux d'incapacité X Valeur de point correspondant à ce taux (art 4-I et 8-4-2 des CG) Niveau 1 : 12 X 2 350 € Niveau 2 : 12 X 3 250 €	28 200 €	39 000 €
Souffrances endurées	Article 9 et Annexe II des CG	2 500 €	2 500 €
Préjudice esthétique permanent	Article 9 et Annexe II des CG	600 €	600 €
Total		32 860 € + garanties d'assistance	49 300 € + garanties d'assistance

Exemple 2

Monsieur A. âgé de 40 ans, a été très sérieusement blessé à l'occasion de son travail, par l'explosion d'une machine. Sa profession lui procurait un salaire mensuel net moyen de 1 300 €.

Les blessures imputables à cet accident ont entraîné :

- une hospitalisation de plusieurs mois,
 - un arrêt de travail de 18 mois,
 - une incapacité permanente de 80 % lui interdisant l'exercice de toute activité professionnelle et lui imposant d'avoir recours à une aide humaine, 2 heures par jour, pour faire face aux actes de la vie courante.
- L'importance de cette incapacité lui impose de procéder :
- à l'acquisition d'un fauteuil roulant à propulsion manuelle équipé d'un verticalisateur (3 000 €),
 - à l'aménagement des commandes de son véhicule (6 000 €),
 - à l'aménagement de son logement (70 000 €),
 - des souffrances endurées estimées à 6/7,
 - un préjudice esthétique permanent estimé à 6/7.

Les garanties de l'adhésion à **Quiem** vont lui permettre de recevoir les indemnités suivantes :

Garanties	Modalités de calcul	Niveau 1	Niveau 2
Incapacité permanente Indemnité de base	Taux d'incapacité majoré pour inaptitude au travail (80 % portés à 100 %) et assistance par tierce personne (art 4-I et 8-3-1 des CG) Niveau 1 : 100 X 750 € Niveau 2 : 100 X 1 650 €	75 000 €	165 000 €
Incapacité permanente Indemnité complémentaire	Taux d'incapacité majoré pour inaptitude au travail (80 % portés à 100 %) et assistance par tierce personne (art 4-I et 8-3-2 des CG) Détail du calcul infra	77 935 €* 77 935 €	282 935 €* 282 935 €
Souffrances endurées	Article 9 et Annexe II des CG	20 000 €	25 000 €
Frais de fauteuil roulant	Article 4-I et 10 des CG Indemnité correspondant à la différence entre le prix d'acquisition du fauteuil roulant et le remboursement à ce titre par la CPAM (2 344 €) Soit 3 000 € - 2 344 €	656 €	656 €
Frais d'aménagement du logement	Art 4-I et II des CG	60 000 € (à concurrence du plafond)	70 000 €
Frais d'aménagement du véhicule	Art 4-I et II des CG	6 000 €	6 000 €
Forfait hospitalisation	Art 4-I et 12 des CG	1 500 €	1 500 €
Pertes de revenus professionnels	Art 4-I et 13 des CG Indemnités correspondant à la différence entre les salaires qu'il aurait perçus durant 18 mois - Indemnités journalières versées par la CPAM. 23 400 € - 21 840 €	1 560 €	1 560 €
Préjudice esthétique permanent	Article 9 et Annexe II des CG	20 000 €	25 000 €
Total		262 651 € + garanties d'assistance	577 651 € + garanties d'assistance

* Calcul du capital complémentaire :

Niveau 1 :

Indemnité correspondant à la différence entre :

- d'une part, le taux d'incapacité (80 % portés à 100 % en raison de l'inaptitude professionnelle) multiplié par la valeur du point correspondant à ce taux (8 175 € valeur majorée en raison de la nécessité d'avoir recours à une aide humaine permanente durant 2 heures par jour) soit 817 500 €,
- d'autre part le montant capitalisé de la rente « Accident du travail » et de la prestation complémentaire pour recours à tierce personne versées de manière viagère par la CPAM, soit 739 565 €.

Soit 817 500 € - 739 565 € = 77 935 €

Niveau 2 :

Indemnité correspondant à la différence entre :

- d'une part, le taux d'incapacité (80 % portés à 100 % en raison de l'inaptitude professionnelle) multiplié par la valeur du point correspondant à ce taux (11 250 € valeur majorée en raison de la nécessité d'avoir recours à une aide humaine permanente durant 2 heures par jour) soit 1 125 000 €,
- d'autre part le montant capitalisé de la rente « Accident du travail » et de la prestation complémentaire pour recours à tierce personne versées de manière viagère par la CPAM, soit 842 065 €.

Soit 1 125 000 € - 842 065 € = 282 935 €

A ces garanties s'ajoutent les garanties d'assistance décrites dans la Convention d'assistance.

Exemple 3

Monsieur B. est décédé, à l'âge de 35 ans, à la suite d'une chute survenue alors qu'il procédait, dans son jardin, à l'élagage d'un arbre. Sa profession lui procurait un salaire mensuel net moyen de 2 300 €.

Sa compagne, âgée de 34 ans, est sans profession et doit assumer l'éducation de leur petit garçon âgé de 5 ans.

Les garanties de l'adhésion à Quem vont permettre à Madame B. et à l'enfant de recevoir les indemnités suivantes :

Garanties	Modalités de calcul	Niveau 1	Niveau 2
Participation aux frais d'obsèques (réglée à la personne ayant exposé les frais)	Art 4-I et 14 des CG Frais d'obsèques réglés et restés à charge 3 000 €	2 000 €	3 000 €
Capital décès (réglé au conjoint)	Art 4-I et 15 des CG	6 000 €	37 000 €
Préjudice patrimonial de l'épouse	Art 4-I et 16 des CG Détail du calcul infra	352 838,72 €* 352 838,72 €	352 838,72 €* 352 838,72 €
Préjudice patrimonial de l'enfant	Art 4-I et 16 des CG Détail du calcul infra	96 600,00 €* 96 600,00 €	96 600,00 €* 96 600,00 €
Total		457 438,72 €	489 438,72 €

* Détail du calcul du préjudice patrimonial :

• de sa compagne :

L'indemnité résulte du calcul suivant :

Revenus annuels du défunt 27 600 € _____ (2 300 € x 12)

Part des revenus annuels attribuée à sa compagne (pas de pension de réversion) _____ 40 % soit 11 040 €

Capitalisation viagère en fonction du même taux d'actualisation et de la même table de mortalité que ceux de l'Arrêté relatif à l'application de l'article R. 376-1 du Code de Sécurité sociale en vigueur au jour de l'accident, correspondant à l'âge et au sexe du défunt : 28,103.

11 040 € x 32,268 = 356 238,72 €

Déduction du capital décès versé par la CPAM : 3 400 €

• de l'enfant :

L'indemnité résulte du calcul suivant :

Revenus annuels du défunt 27 600 € _____ (2 300 € x 12)

Part des revenus annuels attribuée à l'enfant _____ 20 % soit 5 520 €

Capitalisation temporaire (25 ans) avec le coefficient correspondant à l'âge et au sexe de l'enfant mentionné dans l'Arrêté relatif à l'application de l'article R.376-1 et R.454-1 du Code de la Sécurité sociale en vigueur au jour de l'accident : 16,364.

5 520 € x 17,500 = 96 600,00 €

Assureur des garanties de prévoyance :

MUTEX

Société anonyme au capital de 37 302 300 euros

Entreprise régie par le Code des assurances - RCS Nanterre 529 219 040

Siège social : 140 avenue de la République - CS 30007 - 92327 Châtillon cedex

Assureur des garanties d'assistance :

IMA ASSURANCES

Société anonyme au capital de 7 000 000 euros entièrement libéré, entreprise régie par

le Code des assurances, dont le siège social est situé 118 avenue de Paris - CS 40 000 -

79033 Niort cedex 9, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Niort

sous le numéro 481 511 632.



La Convention d'assistance présentée ci-après se propose d'apporter aux assurés d'un contrat Quiem des garanties d'assistance à domicile.

Ces garanties sont assurées par IMA Assurances qui intervient 24 heures/24, 7 jours/7 en accord avec le bénéficiaire afin de lui apporter une aide immédiate et effective et de participer au retour à la normale de la vie familiale.

Sommaire

TITRE I - MIEUX COMPRENDRE VOTRE CONVENTION D'ASSISTANCE	18	TITRE II - GARANTIES D'ASSISTANCE	19
SECTION I - PRINCIPALES DÉFINITIONS	18	SECTION I - GARANTIES D'ASSISTANCE EN CAS D'ACCIDENT SURVENU AU COURS D'UN DÉPLACEMENT	19
⊗ Article 1 - Lexique	18	⊗ Article 8 - Assistance aux bénéficiaires blessés au cours d'un déplacement en France ou à l'étranger	19
SECTION II - DOMAINE D'APPLICATION DES GARANTIES	18	⊗ Article 9 - Assistance en cas de décès	20
⊗ Article 2 - Faits générateurs	18	⊗ Article 10 - Assistance aux personnes valides	20
⊗ Article 3 - Territorialité	18	⊗ Article 11 - Garanties complémentaires	20
⊗ Article 4 - Durée des garanties	18	SECTION II - GARANTIES D'ASSISTANCE EN CAS D'ACCIDENT EN FRANCE	20
⊗ Article 5 - Résiliation	18	⊗ Article 12 - Garanties en cas d'hospitalisation de plus de 3 jours ou d'immobilisation au domicile de plus de 5 jours suite à un accident	20
⊗ Article 6 - Conditions d'application des garanties	18	⊗ Article 13 - Garanties complémentaires en cas d'hospitalisation de plus de 10 jours ou immobilisation de plus de 30 jours justifiée par un certificat médical, suite à un accident	21
⊗ Article 7 - Limitations à l'application des garanties	19	⊗ Article 14 - Garanties en cas d'incapacité permanente supérieure ou égale à 10% reconnue par le médecin conseil	22
		SECTION III - GARANTIES D'ASSISTANCE EN CAS DE DIVORCE	23
		⊗ Article 15 - Assistance psychologique	23
		⊗ Article 16 - Aide juridique et administrative	23

TITRE I - MIEUX COMPRENDRE VOTRE CONVENTION D'ASSISTANCE

SECTION I - PRINCIPALES DÉFINITIONS

🕒 Article 1 - Lexique

Ce lexique est destiné à vous aider à mieux comprendre ce document.

Pour l'exécution de votre présente Convention d'assistance, on entend par :

Assuré

La personne physique nommément désignée sur le Bulletin d'adhésion de Quiem, personne sur laquelle reposent les risques.

Accident

Toute atteinte à l'intégrité corporelle de l'assuré, non intentionnelle de sa part, provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure, sans rapport avec une maladie.

Aidant

La personne qui apporte seule ou en complément de l'intervention d'un professionnel, l'aide humaine rendue nécessaire par la perte d'autonomie d'un proche ou destinée à prévenir une perte d'autonomie et qui n'est pas salariée pour cette aide.

Aidé

La personne dont la perte d'autonomie nécessite la présence d'une tierce personne pour l'accomplissement des tâches et activités de la vie quotidienne.

Assureur

IMA Assurances, Société anonyme au capital de 5 000 000 euros entièrement libéré, entreprise régie par le Code des assurances, dont le siège social est situé 118 avenue de Paris - 79000 Niort, 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.

Bagages à main

Effets et objets personnels transportés par le bénéficiaire à l'occasion d'un déplacement, dans la limite de 50 kg, à l'exception de tout moyen de paiement, des denrées périssables, des bijoux et plus généralement de tout objet de valeur.

Sont assimilés aux bagages à main les cycles sans moteur (vélos, VTT, ...).

Bénéficiaires

L'assuré ainsi que son conjoint de droit ou de fait, leurs enfants, petits-enfants et ascendants directs fiscalement à leur charge.

Les animaux de compagnie domestiques : chiens et chats uniquement.

Domicile

Lieu habituel de résidence principale ou secondaire de l'assuré.

France

France métropolitaine et Départements et Régions d'outre-mer (Guadeloupe, Guyane, Martinique, et Réunion).

Hospitalisation

Tout séjour dans un établissement hospitalier public ou privé incluant au moins une nuit.

Ne sont pas considérés comme des établissements hospitaliers les structures de soins telles que les centres de convalescence, les centres de rééducation et les centres de cure thermale.

Hospitalisation imprévue

Toute hospitalisation est considérée comme imprévue dès lors que le bénéficiaire n'en a connaissance que dans les 7 jours qui la précèdent.

SECTION II - DOMAINE D'APPLICATION DES GARANTIES D'ASSISTANCE

🕒 Article 2 - Faits générateurs

Les garanties de la présente convention s'appliquent :

- En cas d'accident survenu au cours d'un déplacement pour les garanties décrites aux articles 8 à 11,
- En cas d'accident entraînant une hospitalisation ou une immobilisation au domicile pour les garanties décrites aux articles 12 à 14,
- En cas de décès de l'un des bénéficiaires pour les garanties décrites à l'article 9,
- En cas d'événement traumatisant pour la garantie décrite à l'article 13-7.

🕒 Article 3 - Territorialité

Déplacements garantis

Les garanties, qui sont décrites dans la suite de ce document, s'appliquent :

- En France, quels que soient la durée et le motif du déplacement.
- A l'étranger, à l'occasion d'un déplacement à but touristique, humanitaire, d'études universitaires, de stages effectués dans le cadre de ces études ou de séjours au pair, d'une durée pouvant aller jusqu'à un an.

Les garanties d'assistance au domicile se mettent en œuvre en France Métropolitaine, ainsi qu'en Guyane, Martinique, Guadeloupe et Réunion. La prise en charge des déplacements de personnes dans ce cadre est limitée :

- pour l'assuré domicilié en métropole (incluant Monaco et Andorre) au sein du territoire métropolitain,
- pour l'assuré domicilié en Guyane, Martinique, Guadeloupe et Réunion au sein de ce seul territoire.

🕒 Article 4 - Durée des garanties

La période d'adhésion à Quiem.

🕒 Article 5 - Résiliation

Les garanties d'assistance cessent de plein droit en cas de résiliation de l'adhésion ou du contrat collectif Quiem pour tout événement survenu ultérieurement. Toutefois, dès lors que l'intervention d'assistance aurait été engagée avant la résiliation, elle serait menée à son terme par IMA Assurances.

🕒 Article 6 - Conditions d'application des garanties

6-1 Intervention

IMA Assurances intervient 24h/24 à la suite d'appels émanant des bénéficiaires au numéro suivant :

05 49 34 88 72

Sauf cas fortuit ou cas de force majeure, le bénéficiaire dispose d'un délai de 10 jours suivant l'événement pour contacter IMA Assurances pour la mise en place des prestations. Passé ce délai, un décompte sera effectué sur le plafond accordé et la prestation sera mise en place au prorata des jours restant. Ce décompte s'effectue à partir du premier jour de l'événement.

Cette convention comporte un ensemble de garanties qui trouvent à s'appliquer au cours des multiples difficultés que peuvent rencontrer les bénéficiaires dans leur vie quotidienne. Elle n'a pas pour autant vocation à remplacer la solidarité naturelle de la structure familiale. **L'application de ces garanties est appréciée par IMA Assurances, pour ce qui concerne leur durée et le montant de leur prise en charge, en fonction de la nature et de la gravité de**

l'événement ainsi que de la gêne et du préjudice occasionnés au patient bénéficiaire et à son entourage.

L'urgence, qui justifie l'intervention d'IMA Assurances, se trouvant atténuée en cas de séjour dans un centre de convalescence du fait du temps dont dispose l'assuré 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 IMA Assurances ou en accord préalable avec elle.

Ces garanties ne doivent aucunement se substituer aux interventions des services publics, ni aux prestations dues par les organismes sociaux et les employeurs.

IMA Assurances 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, IMA Assurances pourrait apprécier leur prise en charge, sur justificatifs.

6-2 Pièces justificatives

IMA Assurances 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...).

De la même façon, IMA Assurances pourra demander au bénéficiaire ou à son conjoint l'envoi d'une attestation de son employeur mentionnant que le salarié a épuisé ses droits de garde d'enfants malades au domicile, ou qu'il n'est pas bénéficiaire de tels accords.

6-3 Subrogation

IMA Assurances est subrogée à concurrence du coût de l'assistance accordée, dans les droits et actions des bénéficiaires contre les tiers qui, par leur fait, ont causé le dommage ayant donné lieu à une prise en charge par IMA Assurances ; c'est-à-dire qu'IMA Assurances effectue en lieu et place des bénéficiaires les poursuites contre la partie responsable si elle l'estime opportun.

6-4 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 fautive 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 avec accusé de réception adressée 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.

6-5 Protection des données personnelles

L'ensemble des informations recueillies dans le cadre de la gestion d'un dossier d'assistance sont destinées à IMA Assurances afin de mettre en œuvre les garanties d'assistance auxquelles les bénéficiaires peuvent prétendre.

Ces informations sont transmises aux sous-traitants prestataires d'IMA Assurances, sollicités dans la mise en œuvre et l'organisation de l'opération d'assistance, ainsi qu'à Mutex à l'exception des données à caractère médical susceptibles d'être collectées.

Conformément aux dispositions de la loi Informatique et Liberté du 6 janvier 1978 modifiée, les bénéficiaires disposent d'un droit d'accès et de rectification des données les concernant.

L'exercice de ce droit peut se faire auprès d'IMA Assurances, aux coordonnées suivantes : dpo@ima.eu ou Correspondant Informatique et Libertés - Direction des Affaires Juridiques - 118 avenue de Paris - 79000 Niort.

6-6 Réclamation et médiation

En cas de désaccord sur l'application de la convention, les bénéficiaires peuvent contacter le Service Consommateur d'IMA Assurances par courrier au 118 avenue de Paris - CS 40 000 - 79033 Niort cedex 9 ou par courriel depuis le site www.ima.eu, Espace Particuliers.

Si, après examen de la réclamation, le désaccord persiste, les bénéficiaires peuvent saisir le Médiateur de l'Assurance à l'adresse suivante : La Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 PARIS CEDEX 09.

⊗ Article 7 - Limitations à l'application des garanties

7-1 Déclaration mensongère

En cas de déclaration mensongère du bénéficiaire ou de non remboursement d'une avance de frais, IMA Assurances réclamera s'il y a lieu au bénéficiaire le remboursement de tout ou partie des frais qui pourraient être considérés comme la conséquence directe de ce comportement.

7-2 Infraction

IMA Assurances ne sera pas tenu d'intervenir dans les cas où le bénéficiaire aurait commis de façon volontaire des infractions à la législation en vigueur.

7-3 Force majeure

IMA Assurances ne sera 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, guerre civile ou étrangère, révolution, mouvement populaire, émeute, grève, saisie ou contrainte par la force publique, interdiction officielle, piraterie, explosion d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques.

7-4 Exclusion

Sont exclues des garanties les atteintes corporelles faisant l'objet d'une exclusion aux Conditions générales de Quiem.

TITRE II - GARANTIES D'ASSISTANCE

SECTION I - GARANTIES D'ASSISTANCE EN CAS D'ACCIDENT SURVENU AU COURS D'UN DÉPLACEMENT

⊗ Article 8 - Assistance aux bénéficiaires blessés au cours d'un déplacement en France (+ 50 kms de son domicile) ou à l'étranger

8-1 Rapatriement sanitaire

En cas d'accident, lorsque les médecins d'IMA Assurances, après avis des médecins consultés localement et, si nécessaire, du médecin traitant, et en cas de nécessité médicalement établie, décident d'un rapatriement et en déterminent les moyens (ambulance, train, avion de ligne, avion sanitaire ou tout autre moyen approprié), IMA Assurances organise le retour du patient à son domicile ou dans un hôpital adapté proche de son domicile et prend en charge le coût de ce transport.

Dans la mesure du possible, et sous réserve de l'avis des médecins d'IMA Assurances, il sera fait en sorte que l'un des membres de la famille, déjà sur place, puisse voyager avec le blessé ou le malade.

8-2 Attente sur place d'un accompagnant

Lorsque le bénéficiaire blessé ou malade, non transportable, doit rester hospitalisé au-delà de la date initialement prévue pour son retour, IMA Assurances organise et participe à l'hébergement d'une personne attendant sur place le rapatriement, à concurrence de 50 € par jour, et ce pour une durée maximale de 7 jours.

8-3 Voyage aller-retour d'un proche

Lorsque le bénéficiaire blessé, non transportable, doit rester hospitalisé pendant plus de 7 jours, et dès lors qu'il est isolé de tout membre de sa famille, IMA Assurances organise et prend en charge le transport aller et retour d'un proche, et participe à son hébergement, à concurrence de 50 € par jour, pour une durée maximale de 7 jours.

Lorsque le blessé est âgé de moins de 15 ans, et à condition que son état de santé le justifie, ce déplacement est organisé et pris en charge, pour une durée maximale de 7 jours, quelle que soit la durée de l'hospitalisation.

8-4 Frais médicaux et d'hospitalisation à l'étranger

À l'étranger, à la suite d'un accident, IMA Assurances, en complément des prestations dues par les organismes sociaux, prend en charge les frais médicaux et d'hospitalisation engagés sur place à concurrence de 80 000 € par bénéficiaire, sous réserve que celui-ci ait la qualité d'assuré auprès d'un organisme d'assurance maladie.

Les soins faisant l'objet de cette prise en charge devront avoir été prescrits en accord avec les médecins d'IMA Assurances et seront limités à la période pendant laquelle ils jugeront le patient intransportable.

Dans l'attente des remboursements par les organismes sociaux, ces frais médicaux et d'hospitalisation font l'objet d'une avance.

Le bénéficiaire s'engage à effectuer, dès son retour en France, toute démarche nécessaire au recouvrement de ces frais auprès des organismes concernés, et à transmettre à IMA Assurances les décomptes originaux justifiant les remboursements obtenus des organismes sociaux.

8-5 Recherche et expédition de médicaments et prothèses

En cas de nécessité, IMA Assurances recherche, sur le lieu de séjour, les médicaments (prescrits ou leurs équivalents) indispensables à la santé du patient. À défaut de pouvoir se les procurer sur le lieu de séjour, et dans la mesure où le délai d'acheminement est compatible avec la nature du problème, IMA Assurances organise et prend en charge l'expédition de ces médicaments.

De même, IMA Assurances organise et prend en charge, lorsque nécessaire, l'expédition de lunettes, lentilles de contact, appareillages médicaux et prothèses.

Le coût de ces médicaments et matériels reste à charge du bénéficiaire, IMA Assurances pouvant en avancer le montant si nécessaire.

8-6 Frais de secours en montagne

En cas d'accident lié à la pratique du ski alpin ou de fond, dans le domaine skiable autorisé et hors compétition sportive, IMA Assurances prend en charge les frais de secours appropriés du lieu de l'accident jusqu'à la structure médicale adaptée.

À l'étranger, IMA Assurances prend en charge les frais de secours en montagne, qu'ils soient liés ou non à la pratique du ski.

📍 Article 9 - Assistance en cas de décès

9-1 Décès d'un bénéficiaire en déplacement

IMA Assurances organise et prend en charge le transport du corps jusqu'au lieu d'obsèques ou d'inhumation en France. La prise en charge inclut les frais de préparation du défunt, les aménagements spécifiques au transport, ainsi qu'un cercueil, conforme à la législation et de qualité courante. Les autres frais, notamment les frais de cérémonie, de convoi et d'inhumation restent à la charge de la famille.

9-2 Retour anticipé en cas de décès

En cas de décès du conjoint (de droit ou de fait), d'un ascendant en ligne directe, d'un descendant en ligne directe, d'un frère ou d'une sœur d'un des bénéficiaires, IMA Assurances organise et prend en charge l'acheminement, sur le lieu d'inhumation ou d'obsèques, en France, des bénéficiaires en déplacement (tels que définis à l'article 3).

Les mêmes dispositions sont applicables sur décision des médecins d'IMA Assurances en cas d'attente d'un décès imminent et inéluctable.

Article 10 - Assistance aux personnes valides

10-1 Rapatriement des autres bénéficiaires en cas de rapatriement sanitaire d'un blessé

Lorsque le transport sanitaire d'un bénéficiaire est décidé, si le moyen de retour prévu initialement ne peut être utilisé, IMA Assurances organise et prend en charge le retour des autres bénéficiaires à leur domicile.

Article 11 - Garanties complémentaires

11-1 Accompagnement d'enfant de moins de 15 ans

Lorsqu'un transport concerne un enfant de moins de 15 ans non accompagné, IMA Assurances organise et prend en charge le voyage aller et retour d'un proche, afin qu'il accompagne cet enfant dans son déplacement. Lorsque le voyage d'un proche est impossible, IMA Assurances fait accompagner cet enfant par une personne habilitée.

11-2 Bagages à main

À l'occasion du rapatriement d'une personne, ses bagages à main sont rapatriés aux frais d'IMA Assurances.

11-3 Avance de fonds

IMA Assurances peut, contre reconnaissance de dette, consentir au bénéficiaire une avance de fonds, remboursable dans le délai maximum d'un mois à compter du jour de l'avance, pour lui permettre de faire face à une dépense découlant d'une difficulté grave et de caractère imprévu.

11-4 Renseignements

Des renseignements et conseils médicaux à l'étranger pourront être prodigués par les médecins d'IMA Assurances :

- lors de la préparation du voyage (attitudes préventives, vaccinations obligatoires et conseillées),
- pendant le voyage (choix d'établissement hospitalier),
- et au retour du voyage (tout événement médical survenant dans les suites immédiates).

Ces renseignements et conseils ne peuvent, pour autant, être considérés comme des consultations médicales.

De même, des renseignements pratiques, de caractère général, relatifs à l'organisation des voyages pourront être communiqués (formalités administratives, liaisons téléphoniques, caractéristiques économiques et climatiques...).

SECTION II - GARANTIES D'ASSISTANCE EN CAS D'ACCIDENT EN FRANCE

📍 Article 12 - Garanties en cas d'hospitalisation de plus de 3 jours ou d'immobilisation au domicile de plus de 5 jours suite à un accident

12-1 Présence d'un proche au chevet du patient bénéficiaire

En cas d'hospitalisation de plus de 3 jours ou d'immobilisation au domicile de plus de 5 jours de l'assuré ou de son conjoint à un accident :

- IMA Assurances organise et prend en charge le déplacement aller- retour d'un proche désigné par le bénéficiaire, en train 1^{re} classe ou avion de ligne, classe économique, à compter du premier jour.

- IMA Assurances organise également et prend en charge son hébergement pour 2 nuits, petits déjeuners inclus, à concurrence de 92 €.

12-2 Aide-ménagère

En cas d'hospitalisation de plus de 3 jours de l'assuré ou de son conjoint, IMA Assurances met une aide-ménagère à leur disposition :

- s'il y a lieu, dès le premier jour afin de venir en aide aux proches demeurant au domicile ;
- ou à son retour au domicile.

En cas d'immobilisation au domicile de plus de 5 jours de l'assuré ou de son conjoint, IMA Assurances met une aide-ménagère à la disposition des bénéficiaires à compter du premier jour.

IMA Assurances prend en charge le coût de cette garantie, à raison de 2 heures par jour d'immobilisation, dans la limite de 15 heures, réparties sur une période maximale de 15 jours selon la situation.

Cette garantie s'applique immédiatement en cas de décès de l'assuré ou de son conjoint.

12-3 Prise en charge des enfants (< 16 ans)

Lorsque l'hospitalisation imprévue de plus de 3 jours de l'assuré ou de son conjoint ou une immobilisation au domicile de plus de 5 jours ne leur permet pas de s'occuper de leurs enfants, IMA Assurances organise et prend en charge dès le premier jour de l'événement l'une des garanties suivantes :

• Le déplacement d'un proche

Déplacement aller et retour d'un proche désigné par l'assuré ou son conjoint pour les garder au domicile (billet de train 1^{re} classe ou d'avion, classe économique).

• Le transfert des enfants

Le voyage aller et retour des enfants, ainsi que celui d'un adulte les accompagnant, en train 1^{re} classe ou en avion classe économique, auprès de proches susceptibles de les accueillir.

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

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

Lorsqu'aucun proche ne peut se rendre disponible, IMA Assurances organise et prend en charge la conduite à l'école et le retour des enfants au domicile par l'un de ses prestataires, 2 fois par jour, dans la limite de 5 journées, réparties sur une période d'un mois.

• La garde des enfants

Dans l'hypothèse où l'une de ces solutions ne saurait convenir, IMA Assurances organise et prend en charge :

- le transfert et la garde des enfants chez une assistante maternelle dans la limite de 15 heures réparties sur une période de 15 jours à compter de la date de l'événement ;
- s'il y a lieu, la garde des enfants au domicile par un intervenant autorisé, dans la limite de 15 heures, réparties sur 15 jours à compter de la date de l'événement. Cette garantie peut être complétée par l'accompagnement aller et retour des enfants à l'école.

Cette garantie s'applique immédiatement en cas de décès de l'assuré ou de son conjoint.

12.4 Garde des enfants accidentés

En cas d'accident entraînant une hospitalisation de plus de 3 jours ou une immobilisation de plus de 5 jours des enfants au domicile, IMA Assurances organise et prend en charge dès le 1^{er} jour de l'événement :

• Le déplacement d'un proche

Le déplacement aller et retour d'un proche désigné par le bénéficiaire au chevet de l'enfant, en taxi, train 1^{re} classe ou avion classe économique.

• La garde des enfants

Dans l'hypothèse où la précédente garantie ne trouverait à s'appliquer, la garde des enfants malades ou accidentés, dans la limite de 15 heures réparties sur 15 jours à compter de la date de la maladie ou de l'accident, selon la situation.

Cette garantie s'applique immédiatement en cas de décès de l'un des bénéficiaires.

12-5 Prise en charge des ascendants

En cas d'hospitalisation de plus de 3 jours de l'assuré ou de son conjoint, ou d'immobilisation au domicile de plus de 5 jours, et lorsque ses ascendants vivant au domicile ne peuvent se prendre en charge, IMA Assurances organise et assume les coûts :

- du déplacement aller et retour d'un proche, désigné par le bénéficiaire ou son conjoint, susceptible de s'en occuper au domicile (billet de train 1^{re} classe ou avion de ligne classe économique) ;
- de leur déplacement aller et retour au domicile d'un proche désigné par le bénéficiaire, en train 1^{re} classe ou avion de ligne, classe économique ;
- de leur garde à domicile dans la limite de 15 heures, réparties sur 15 jours à compter de la date d'hospitalisation.

Cette garantie s'applique immédiatement en cas de décès de l'assuré ou de son conjoint.

12-6 Transfert & garde d'animaux domestiques familiaux

IMA Assurances organise et prend en charge le transport et/ou l'hébergement des animaux vivant au domicile de l'assuré, dans la limite de 15 jours à compter du 1^{er} jour de l'événement, s'il est hospitalisé plus de 3 jours ou immobilisé à son domicile plus de 5 jours.

Cette garantie s'applique immédiatement en cas de décès de l'un des bénéficiaires.

12-7 Informations juridiques et vie pratique

Afin d'aider l'assuré ou son conjoint souhaitant obtenir des informations à caractère général, IMA Assurances met à la disposition du bénéficiaire du lundi au samedi de 8 h à 19 h, hors jours fériés, un service d'information juridique et vie pratique assuré par une équipe expérimentée et formée en permanence (base de donnée réactualisée quotidiennement).

12-8 Garanties médicales

• Conseils médicaux

Hors urgence médicale et en l'absence du médecin traitant, des conseils médicaux, liés à un accident ou à une maladie à domicile, peuvent être prodigués par les médecins d'IMA Assurances. Ces conseils ne pourront cependant pas être considérés comme des consultations médicales.

• Recherche d'un médecin

En cas d'absence ou d'indisponibilité du médecin traitant, et dès lors que **l'événement ne relève pas de l'urgence**, IMA Assurances peut aider le bénéficiaire à rechercher un médecin.

• Recherche d'une infirmière

De la même façon IMA Assurances peut, sur prescription médicale, aider le bénéficiaire à rechercher une infirmière.

📍 Article 13 - Garanties complémentaires en cas d'hospitalisation de plus de 10 jours ou immobilisation de plus de 30 jours justifiée par un certificat médical, suite à un accident

13-1 Aide à domicile

En cas d'hospitalisation de plus de 10 jours ou immobilisation de plus de 30 jours, justifiée par un certificat médical, de l'assuré ou de son conjoint, IMA Assurances met à leur disposition, en complément de la garantie aide-ménagère prévue à l'article 12-2, une aide à domicile (aide-ménagère ou auxiliaire de vie selon le besoin du bénéficiaire).

IMA Assurances prend en charge le coût de cette garantie, à raison de 2 heures par jour d'immobilisation, dans la limite de 15 heures, réparties sur une période maximale d'un 30 jours à compter du retour au domicile.

13-2 Téléassistance

En cas d'immobilisation au domicile de plus de 30 jours de l'assuré ou de son conjoint, IMA Assurances organise et prend en charge les frais d'installation et de maintenance d'un transmetteur de téléalarme au domicile, ainsi que les frais d'accès (abonnement compris) au service, pour une durée maximale de trois mois.

Au-delà de la prise en charge d'IMA Assurances, le bénéficiaire qui le souhaite pourra demander la prolongation du service pour une durée de son choix. Le montant de la prestation reste dès lors à la charge du bénéficiaire.

13-3 Services de proximité

Services proposés sur une période de 30 jours à compter du retour au domicile de l'assuré ou de son conjoint, en cas d'hospitalisation de plus de 10 jours ou d'immobilisation au domicile de plus de 30 jours :

• Livraison de médicaments

Lorsque ni le patient bénéficiaire, immobilisé à son domicile, ni son entourage ne sont en mesure de rechercher les médicaments prescrits par le médecin traitant, IMA Assurances se charge de les rechercher à la pharmacie la plus proche de son domicile et de les lui livrer sur une période de 30 jours. Le prix des médicaments demeure à la charge du bénéficiaire.

• Portage de repas

Lorsque le patient bénéficiaire, immobilisé à son domicile n'est pas en mesure de préparer lui-même ses repas ou de les faire préparer par son entourage, IMA Assurances organise et prend en charge la livraison d'un repas à concurrence de 10 livraisons réparties sur un mois. Le prix des repas demeure à la charge du bénéficiaire.

• Portage d'espèces

Lorsque le patient bénéficiaire immobilisé à son domicile ne dispose plus d'espèces et ne peut s'en procurer, IMA Assurances organise et prend en charge :

- son transport aller/retour à son établissement bancaire,
- ou bien le portage d'espèces contre reconnaissance de dette, par un de ses prestataires agréés, pour un montant maximum de 150 €. La somme avancée devra être remboursée à IMA Assurances dans un délai d'un mois.

• Livraison de courses

Lorsque le patient bénéficiaire est immobilisé à son domicile, et que ni lui, ni son entourage ne sont en mesure de faire les courses, IMA Assurances organise et prend en charge les frais de livraison d'une commande par semaine, dans la limite de 4 semaines. Le prix des courses demeure à la charge du bénéficiaire.

• Coiffure à domicile

Lorsque le patient bénéficiaire, immobilisé à son domicile, nécessite des soins de coiffure, IMA Assurances organise et prend en charge les frais de déplacement d'un coiffeur à son domicile dans le mois suivant son immobilisation.

Le prix de la prestation du coiffeur demeure à la charge du bénéficiaire.

13-5 Transfert & garde d'animaux domestiques familiers

IMA Assurances organise et prend en charge le transport et/ou l'hébergement des animaux vivant au domicile, dans la limite de 30 jours en complément de la prestation visée à l'article 12-6.

13-6 Transport de personnes à mobilité réduite aux examens médicaux

Hors urgence médicale, IMA Assurances organise, sur prescription médicale, le transport du bénéficiaire par ambulance ou véhicule sanitaire léger entre son domicile et un établissement de soins de son choix, proche de son domicile et médicalement adapté. Si son état le nécessite, IMA Assurances organise son retour au domicile par l'un de ces moyens. Les frais de transport demeurent à la charge de l'assuré.

13-7 Assistance psychologique

En cas d'événements traumatisants, tels qu'un accident ou un décès, affectant l'un des bénéficiaires, IMA Assurances peut organiser et prendre en charge, selon la situation :

- de un 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 de un an à compter de la date de survenance de l'événement.

13-8 École à domicile

Si, à la suite d'un accident, l'enfant bénéficiaire est immobilisé au domicile pour une durée de plus de 2 semaines, IMA Assurances organise et prend en charge son soutien pédagogique jusqu'à la reprise des cours.

Cette garantie s'applique pendant l'année scolaire en cours, pour les enfants du primaire au secondaire. Il s'agit de cours particuliers donnés au domicile, jusqu'à 3 heures par jour ouvrable, hors vacances scolaires.

📌 Article 14 - Garanties en cas d'incapacité permanente supérieure ou égale à 10 % reconnue par le médecin conseil

14-1 Ergothérapeute

En cas d'invalidité reconnue de l'assuré ou de son conjoint, IMA Assurances organise et prend en charge la mise à disposition d'un ergothérapeute à son domicile. Cette garantie prend en compte l'évaluation de la personne dans son lieu de vie :

- L'ergothérapeute effectue un bilan de la personne dépendante dans son lieu de vie dans lequel il recueille des informations relatives aux déficiences actuelles, aux habitudes de vie et dresse un constat des incapacités pour les activités habituelles.
- Dans un second temps, il établit un bilan matériel de l'environnement de vie dans lequel il recense les aides humaines en place, les aides techniques et les matériels spécifiques existants.
- Un rapport de synthèse est ensuite rédigé. Il aboutit à une définition des besoins en aides humaines, en aides techniques et matérielles spécifiques ainsi qu'en aménagement de l'environnement de vie.

Le cas échéant, cette évaluation pourra être complétée par une étude sur l'aménagement du domicile.

14-2 Aide à l'organisation des travaux

IMA Assurances met en relation l'adhérent avec une structure du groupe IMA lorsque l'ergothérapeute préconise des solutions d'aménagements du domicile.

Cette structure servira d'intermédiaire avec les entreprises 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,
- contrôle des devis,
- suivi des travaux, des coûts, des délais.

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

14-3 Aide à la constitution de dossiers administratifs

Afin d'aider l'assuré ou son conjoint dans la rédaction des documents administratifs, IMA Assurances met à la disposition une aide à domicile dans la limite de 4 heures, en complément des informations téléphoniques qu'IMA Assurances peut avoir apportées par avance à l'assuré.

14-4 Aide au retour à l'emploi après accident

En cas d'inaptitude à poursuivre tout ou partie de son activité professionnelle à la suite ou d'un accident invalidant, IMA Assurances met à disposition de l'assuré ou de son conjoint 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 IMA Assurances est composée comme suit :

- Bilan professionnel et identification des métiers possibles suite à l'accident, deuil de l'entreprise et de l'ancienne activité professionnelle.
 - > dans la limite de 5 entretiens 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'emplois : 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'emplois : 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 dans les préfectures de France,
- 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 IMA Assurances auprès de ces organismes et associations ou auprès de toute institution ou administration dont le bénéficiaire relève.

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

14-5 Formation des aidants

IMA Assurances organise et prend en charge la mise à disposition d'un ergothérapeute au domicile de l'aidé à la survenance de l'événement ou lors d'une aggravation soudaine de sa perte d'autonomie.

Cette garantie est limitée à une seule intervention par événement avec un maximum de 3 heures. Elle prend en compte l'évaluation de l'aidé dans son lieu de vie et a pour objet de conseiller l'aidant sur :

- l'acquisition des gestes et postures dans la vie quotidienne et la manutention de l'aidé,
- l'apprentissage de matériels spécifiques, appareillages, aides techniques et médicales.

14-6 Prise en charge des bénéficiaires en cas d'indisponibilité de l'aidant

En cas d'immobilisation de plus de 5 jours ou d'hospitalisation de l'aidant principal, IMA Assurances organisera et prendra en charge la venue d'un autre aidant au domicile ou le transfert de l'aidé chez un proche. Cette prestation s'entend par un transport non médicalisé aller/retour en train 1^{er} classe ou avion classe économique, dans la limite d'une demande dans l'année suivant la reconnaissance de l'invalidité par le médecin expert de Mutex.

Si aucune de ces solutions n'est possible, IMA Assurances organisera la venue d'une auxiliaire de vie dans la limite de 30 heures, réparties sur un mois. Le nombre d'heures sera attribué par IMA Assurances en fonction de la situation.

Cette garantie s'applique immédiatement en cas de décès de l'aidant principal.

14-7 Assistance psychologique de l'aidant

En cas de perte d'autonomie de l'assuré ou de son conjoint affectant ses descendants ou aidants familiaux, IMA Assurances peut organiser et prend en charge, selon les cas :

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

Les garanties doivent être exécutées dans un délai d'un an à compter de la survenance de l'invalidité.

14-8 Service info invalidité

A tout moment, afin d'aider les bénéficiaires souhaitant obtenir des informations spécifiques à l'invalidité, IMA Assurances met à la disposition des bénéficiaire du lundi au samedi de 8 h à 19 h, hors jours fériés, un service d'information juridique et vie pratique assuré par une équipe expérimentée et formée en permanence (base de donnée réactualisée quotidiennement) apportant des réponses rapides et immédiates.

Les thèmes liés à l'invalidité et à la perte d'autonomie sont les suivants :

- inaptitude au travail,
- les rentes/accidents du travail...,
- dossier handicap,
- allocation personnalisée d'autonomie (bénéficiaires, montant, procédure, hébergement dans un établissement...),
- déclarations des changements de situation,
- assurance Invalidité,
- structures d'accueil (foyer-logement, résidences services, EHPAD, section de cure médicale, maisons de convalescence, de soin ou de réadaptation).

SECTION III - GARANTIES D'ASSISTANCE EN CAS DE DIVORCE

🕒 Article 15 - Assistance psychologique

En cas de divorce de l'assuré, IMA Assurances peut organiser et prend en charge pour le compte de l'assuré ou de son conjoint, selon les cas :

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

Les garanties doivent être exécutées dans un délai d'un an à compter de la survenance du divorce.

🕒 Article 16 - Aide juridique et administrative

En cas de divorce, IMA Assurances s'efforce d'orienter l'assuré ou son conjoint vers les services appropriés, ou de rechercher et communiquer par téléphone les informations juridiques et administratives liées au divorce (droit de la famille, procédure, modes de garde,...), du lundi au samedi.



225631

Assureur des garanties de prévoyance :

MUTEX

Société anonyme au capital de 37 302 300 euros

Entreprise régie par le Code des assurances - RCS Nanterre 529 219 040

Siège social : 140 avenue de la République - CS 30007 - 92327 Châtillon cedex

Assureur des garanties d'assistance :

IMA ASSURANCES

Société anonyme au capital de 7 000 000 euros entièrement libéré, entreprise régie par

le Code des assurances, dont le siège social est situé 118 avenue de Paris - CS 40 000 -

79033 Niort cedex 9, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Niort

sous le numéro 481 511 632.