

Préambule

Votre contrat est régi par les Conditions Générales ci-après et les Conditions Particulières qui précisent les garanties et les services associés, le montant des cotisations correspondantes et les personnes assurées.

La loi applicable aux relations pré-contractuelles et contractuelles est la loi française. La langue française sera toujours utilisée pendant la durée du contrat.

Les dispositions du Code des Assurances s'appliquent à votre contrat.

Dans ce texte,

- ◆ «**Vous**» désigne toute personne nominativement indiquée aux Conditions Particulières, assurée et bénéficiaire des garanties précisées sur ces Conditions Particulières.
- ◆ «**Souscripteur**» désigne la personne signataire du contrat, agissant tant pour elle-même que pour votre compte. Lors de l'établissement d'une proposition d'assurance ou d'un devis, le Souscripteur est désigné par le terme «le Proposant».
- ◆ «**Nous**» désigne la Société AVIVA ASSURANCES, entreprise régie par le Code des Assurances, société anonyme au capital social de 178 771 908,38 euros, dont le siège est sis 13 rue du Moulin Bailly 92270 Bois-Colombes, immatriculée au RCS de Nanterre sous le n°306 522 665, titulaire de la marque Amis.
- ◆ «**partie**» ou «**parties**» désigne le Souscripteur ou la Société d'Assurance ou les deux.
- ◆ «**Le Code**» désigne le Code des Assurances.

Sommaire

LEXIQUE	4
I. LES GARANTIES	6
1. L'objet de la garantie	6
2. Les personnes assurées	6
3. Les événements garantis	7
4. Les événements non garantis	8
5. Les limites territoriales	8
6. Le montant des garanties décès	9
7. Le montant des garanties du Déficit Fonctionnel Permanent	9
8. Le montant des garanties de l'Atteinte à l'Intégrité Physique et Psychique	10
9. Le montant des garanties Frais médicaux	10
10. Modalités d'indemnisation	11
11. Délai de paiement des indemnités	13
12. La déclaration du sinistre	13
13. La prescription applicable au contrat d'assurance	14
14. L'intervention préalable de l'assureur GAV	15
15. Le cas des assurances multiples	15
16. La subrogation	15
17. Le barème d'évaluation du déficit fonctionnel permanent	16
II. LA VIE DU CONTRAT	18
1. La formation et la durée du contrat	18
2. La déclaration du risque	18
3. Modification au contrat	19
4. Le paiement des cotisations	19
5. La révision du tarif	19
6. La résiliation du contrat	20
III. DISPOSITIONS GENERALES	21
1. La souscription du contrat en cas de démarchage à domicile	21
2. L'examen des réclamations	21
3. Le contrôle des assurances	21
4. Protection des données à caractère personnel – Loi informatique et Libertés	22
IV. ASSISTANCE	23
1. Les événements garantis	23
2. Définitions	23

3.	Couverture géographique.....	23
4.	Les bénéficiaires	24
5.	Mise en œuvre des garanties	24
6.	Assistance médicale en cas d'accident d'un bénéficiaire	25
7.	Assistance médicale en cas de décès d'un bénéficiaire.....	28
8.	Assistance à domicile	29

Lexique

Accident

📖 Toute atteinte corporelle provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure à l'Assuré.

Atteinte à l'intégrité physique et psychique (AIPP)

📖 Réduction définitive du potentiel physique, psychosensoriel ou intellectuel résultant d'une atteinte à l'intégrité corporelle d'un individu.

Conjoint

📖 Votre conjoint, non séparé de corps ou de fait, votre concubin ou concubine, ou votre partenaire dans le cadre du Pacte Civil de Solidarité (PACS).

Cotisation

📖 Somme due par le Souscripteur à l'Assureur en contrepartie de la garantie d'un risque. Elle est toujours payable en début de période d'assurance.

Déficit Fonctionnel Permanent (DFP)

📖 Invalidité fonctionnelle partielle ou totale consécutive à un accident

Droit Commun

📖 Règles définissant les modalités d'indemnisation applicables lorsqu'un tiers est responsable de l'accident.

Exclusions

📖 Ensemble des dommages, des circonstances ou des activités dont le contrat a explicitement prévu qu'ils ne sont pas garantis. L'exclusion n'est pas une sanction, mais une disposition normale du contrat.

Garde alternée

📖 C'est le moment pendant lequel vous avez la garde de votre, vos enfant (s). Ces périodes de garde peuvent être soit définies par un jugement, soit décidées d'un commun accord entre les parents dans un acte écrit.

Garde occasionnelle des petits enfants

📖 Elle peut être régulière mais elle doit avoir une durée limitée dans le temps. Par exemple : 2 heures de garde par jour après l'école ou dans la semaine, pendant les vacances scolaires.

Infraction

📖 Contravention, délit, crime, prévus et punis par la loi pénale.

Date de prescription

📖 Date au-delà de laquelle aucune réclamation n'est plus recevable.

Petits enfants

📖 Les petits enfants du souscripteur et du conjoint assuré dont vous avez la garde occasionnelle au moment de l'accident.

Résiliation

📖 Cessation définitive du contrat décidée par le Souscripteur ou l'Assureur. Elle obéit à des règles bien précises de motifs, de délais et de formes.

Sinistre

📖 Événement susceptible de faire jouer la garantie du contrat. Il doit faire l'objet d'une déclaration à l'Assureur dans les délais prévus.

Subrogation

📖 Situation juridique par laquelle une personne se voit transférer les droits d'une autre personne. Ainsi, l'Assureur qui a indemnisé le préjudice subi par son Assuré est subrogé dans les droits de ce dernier contre le responsable.

Tiers payeurs

 Sécurité Sociale et autres organismes de prévoyance, obligatoire ou non, ou d'assurance.

Véhicule terrestre à moteur

 Engin destiné à transporter des personnes ou des choses, circulant sur le sol sans être lié à une voie ferrée, mû par une force quelconque autre qu'humaine ou animale (essence, fuel, électricité, gaz, etc.) et dirigé par un conducteur (à l'exception des véhicules à coussin d'air).
Ces véhicules ainsi que leurs remorques ou semi-remorques sont soumis à l'obligation d'assurance Automobile.

I. Les garanties

1. L'objet de la garantie

Le contrat se compose de 3 niveaux de garantie : Niveau 1, Niveau 2 et Niveau 3.

➤ **POUR LES NIVEAUX 1 et 2 :**

Nous garantissons le paiement d'indemnités **en cas de décès ou de Déficit Fonctionnel Permanent (DFP)** dont le taux est **au moins égal à 5%**, ainsi que le remboursement des frais médicaux dans la limite prévue au contrat, lorsque la personne assurée est victime d'un accident corporel au cours de la vie privée.

➤ **POUR LE NIVEAU 3 – Garantie des accidents de la vie :**

Nous garantissons le paiement d'indemnités **en cas de décès ou d'atteinte à l'intégrité physique et psychique (AIPP)** dont le taux est **au moins égal à 5%**, ainsi que le remboursement des frais médicaux dans la limite prévue au contrat, lorsque la personne assurée est victime d'un accident corporel au cours de la vie privée.

➤ **POUR L'OPTION « Pack Accident de la vie professionnelle »**

Elle peut être souscrite en complément des Niveaux 1, 2 et 3. Nous garantissons le paiement d'une indemnité en cas de décès et le remboursement de frais de soins lorsque la personne est victime d'un accident dans le cadre de sa vie professionnelle.

Les garanties d'un accident de la vie privée ne peuvent se cumuler avec celles d'un accident de la vie professionnelle, pour un même évènement.

2. Les personnes assurées

Les personnes suivantes ont la qualité d'assuré :

- Le souscripteur et / ou son conjoint désignés aux conditions particulières
- Les enfants légitimes, naturels ou adoptifs du souscripteur et / ou du conjoint désignés aux conditions particulières.

Ils doivent être fiscalement à charge ou être bénéficiaires d'une pension versée par les parents et déclarée fiscalement.

Ont notamment la qualité d'assuré, les enfants mineurs, les enfants qui poursuivent des études et n'exercent pas de profession, les enfants qui poursuivent des études dans des filières d'apprentissage ou de contrat en alternance, les enfants handicapés physiques ou mentaux (titulaires d'une carte d'invalidité),

- Les enfants qui vous sont confiés dans le cadre d'une garde alternée et qui ne sont pas fiscalement à votre charge,
- Les petits-enfants mineurs, si la garantie est mentionnée aux conditions particulières, lorsqu'ils sont sous votre garde occasionnelle.

Pour les Niveaux 1, 2 et 3, les personnes assurées doivent obligatoirement être âgées de moins de 76 ans à la souscription du contrat.

Pour l'option « Pack Accident de la vie professionnelle », les personnes assurées doivent obligatoirement être âgées de moins de 68 ans à la souscription du pack.

3. Les événements garantis

➤ **POUR LES NIVEAUX 1, 2 et 3 :**

Les accidents médicaux

Les accidents médicaux survenus à l'occasion d'actes chirurgicaux, de prévention, de diagnostic, d'exploration, de traitements pratiqués par des médecins et auxiliaires médicaux visés à la Quatrième partie du Code de la Santé publique ou par des praticiens autorisés à exercer par la législation ou la réglementation du pays dans lequel a lieu l'acte, lorsque ces actes sont assimilables à ceux référencés par la sécurité sociale.

Il y a accident médical lorsqu'un acte ou un ensemble d'actes de caractère médical a eu des conséquences dommageables pour votre santé, anormales et indépendantes de l'évolution de l'affection en cause et de votre état antérieur.

Le contrat couvre les dommages dont la première manifestation est intervenue entre le jour de prise d'effet du contrat et sa résiliation, pour tout accident médical dont le fait générateur est postérieur au 01/01/2000.

Les accidents dus à des attentats ou à des infractions

Les accidents dus à des attentats ou à des infractions lorsqu'ils peuvent constituer un délit ou un crime au sens du Code pénal français et auxquels la victime n'a pris intentionnellement aucune part.

Nous couvrons les dommages dont le fait générateur est intervenu pendant la période de validité du contrat.

Les autres accidents de la vie privée

Les autres accidents de la vie privée consécutifs à des événements soudains et imprévus, individuels ou collectifs dus à des causes extérieures, notamment :

- les accidents domestiques,
- les accidents survenus à l'occasion d'activités scolaires, de loisirs ou touristiques,
- les accidents résultant d'événements naturels ou de catastrophes industrielles, écologiques ou technologiques,
- les inoculations infectieuses dues aux piqûres d'insectes ou aux morsures d'animaux,
- les accidents causés par la foudre ou l'électricité,
- l'asphyxie,
- l'empoisonnement ou l'intoxication causés par tous produits, alimentaires ou non, absorbés ou inhalés par erreur,
- les brûlures, à l'exception de celles dues au soleil.

Nous couvrons les dommages dont le fait générateur est intervenu pendant la période de validité du contrat.

➤ **POUR L'OPTION « Pack Accident de la vie professionnelle »**

Sont couverts les accidents survenant pendant l'exercice de vos activités professionnelles ou de fonctions publiques, électives ou syndicales, ou sur le parcours aller-retour entre le domicile et le lieu des dites activités.

4. Les événements non garantis

➤ POUR LES NIVEAUX 1, 2 et 3 ou L'OPTION « Pack Accident de la vie professionnelle » :

- **Les maladies n'ayant pas pour origine un accident garanti ainsi que les maladies professionnelles.**
- **Les accidents cardio-vasculaires et cérébraux**, sauf s'ils sont consécutifs à un événement garanti.
- **Les accidents survenant pendant l'exercice d'activités professionnelles ou de fonctions publiques, électives ou syndicales, ou sur le parcours aller-retour entre le domicile et le lieu des dites activités** sauf si l'option « Pack accident de la vie professionnelle » est souscrite.
- **Les dommages résultant d'un accident de la circulation dans lequel est impliqué un véhicule terrestre à moteur ainsi que ses remorques ou semi-remorques**, à l'exception :
 - des matériels de jardinage automoteur avec siège à moteur dont la puissance réelle n'excède pas 20 CV, lorsqu'ils sont utilisés dans un lieu privé.
 - des fauteuils roulants dont la vitesse n'excède pas 6km/h,
 - des véhicules à moteur destinés aux enfants dont la puissance réelle n'excède pas 9 CV, lorsqu'ils sont utilisés dans un lieu privé.
 - d'atteintes subies par l'assuré n'ayant pas la qualité de conducteur ou de passager à l'occasion d'un accident dans lequel est impliqué son propre Véhicule Terrestre à Moteur (VTM)
 - d'atteintes subies par l'assuré, en sa qualité de piéton, cycliste ou passager lorsqu'il est victime d'un accident de la circulation survenu à l'étranger et qui implique un Véhicule Terrestre à Moteur (VTM). Dans ce cas, nous garantissons le versement d'une indemnité égale à la différence éventuelle entre ce qu'il peut être obtenu dans le cadre du recours contre la personne responsable de l'accident et ce que vous auriez obtenu si le droit français avait été applicable, dans le cadre du Droit Commun et dans la limite du présent contrat.
- **Les accidents que vous provoquez intentionnellement.**
- **Le paiement de l'indemnité au bénéficiaire qui provoque intentionnellement l'accident.**
- **Les dommages résultant de votre participation à un crime, à un délit intentionnel ou à une rixe**, sauf cas de légitime défense ou d'assistance à personne en danger.
- **Les dommages provenant de la guerre civile ou étrangère, déclarée ou non.**
- **Les dommages causés par tout combustible nucléaire, produit ou déchet radioactif, ou par toute autre source de rayonnements ionisants, en particulier tout radio-isotope.**
- **Les dommages résultant des recherches biomédicales de la nature de celles visées à l'article L 209-7 du Code de la Santé Publique.**

➤ POUR L'OPTION « Pack Accident de la vie professionnelle » :

Si l'option est souscrite, elle ne couvre pas les accidents de la vie privée.

5. Les limites territoriales

La garantie s'exerce en France métropolitaine, dans les départements et régions d'Outre-mer, Collectivités d'Outre-mer, dans les principautés d'Andorre et de Monaco, dans les pays membres de l'Union Européenne et dans les îles anglo-normandes, ainsi qu'à Gibraltar, en Suisse, en Islande, au Liechtenstein, à San-Marin, en Norvège et au Vatican, pendant la période de validité du contrat.

Elle s'exerce dans le reste du monde pour les séjours n'excédant pas 3 mois consécutifs.

6. Le montant des garanties décès

➤ POUR LES NIVEAUX 1 et 2 :

L'indemnisation est forfaitaire et son montant est indiqué dans vos conditions particulières.

Si le décès survient à partir de l'âge de 75 ans, le montant du capital est réduit au montant indiqué dans vos conditions particulières.

➤ POUR LE NIVEAU 3 – Garantie des accidents de la vie :

L'indemnisation est déterminée par référence au droit commun, elle prend en compte :

- Les frais d'obsèques (FO)
- Les pertes de revenus des proches (PR)
- Le préjudice d'affection (PAF) (atteinte à un lien affectif, souffrance morale des proches).
- Les frais divers des proches (FD)

➤ POUR L'OPTION « Pack Accident de la vie professionnelle »

Si l'option est souscrite, l'indemnisation est forfaitaire, et son montant est indiqué dans vos conditions particulières. Elle est versée si le décès survient avant l'âge de 68 ans.

Les indemnités pour « accident de la vie privée » et « accident de la vie professionnelle » ne peuvent se cumuler.

7. Le montant des garanties du Déficit Fonctionnel Permanent

➤ Pour les NIVEAUX 1 et 2 uniquement :

La garantie est accordée, par victime, dans la limite des capitaux prévus aux conditions particulières. Si le taux du Déficit Fonctionnel Permanent est au moins égal à 5%, l'indemnisation qui sera versée est forfaitaire. Elle est calculée sur la base du capital garanti indiqué aux conditions particulières et selon le taux du Déficit Fonctionnel Permanent fixé au barème contractuel en pages 16 et 17 des présentes Conditions Générales.

Si vous êtes victime d'un accident garanti entre l'âge de 66 ans et 74 ans, le montant de l'indemnité est réduit de 10% d'année en année, soit une réduction :

- de 10 % lorsque vous avez 66 ans
- de 20 % lorsque vous avez 67 ans
- de 30 % lorsque vous avez 68 ans
- de 40 % lorsque vous avez 69 ans
- de 50 % lorsque vous avez 70 ans
- de 60 % lorsque vous avez 71 ans
- de 70 % lorsque vous avez 72 ans
- de 80 % lorsque vous avez 73 ans
- de 90 % lorsque vous avez 74 ans

L'âge pris en compte est l'âge réel de la victime au moment de l'accident garanti.

La garantie en cas de déficit fonctionnel permanent cesse à la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle vous atteignez l'âge de 75 ans.

8. Le montant des garanties de l'Atteinte à l'Intégrité Physique et Psychique

➤ POUR LE NIVEAU 3 uniquement – Garantie des accidents de la vie :

La garantie est accordée jusqu'à concurrence de deux millions d'euros par victime.

L'indemnité prend en compte le taux d'incapacité ainsi que les conséquences de l'accident sur votre vie professionnelle en cas d'incapacité. **Elle est déterminée par référence au Droit Commun.**

L'indemnité ne se cumule pas avec les prestations de caractère indemnitaire perçues ou à percevoir d'un tiers payeur.

Dès que vous avez accepté le décompte de leurs prestations, vous devez nous en informer. Elles viennent en déduction de l'indemnité due en cas de préjudice économique. Nous vous versons le complément s'il y a lieu.

En cas d'Atteinte à l'Intégrité Physique et Psychique (AIPP) supérieure ou égale à 5%, l'indemnisation prend en compte :

- Le déficit fonctionnel permanent (DFP)
- Les pertes de gains professionnels futurs (PGPF),
- L'assistance permanente par tierce personne (ATP),
- Les frais de conception et d'aménagement du logement ou du véhicule (FLA /FVA). Lorsque les aménagements sont médicalement nécessaires, nous vous proposons les services d'un spécialiste pour définir et mettre en œuvre les mesures susceptibles de réduire les conséquences des handicaps.
- L'indemnisation des souffrances – le prix de la douleur (SE) Indemnisation du dommage causé par les souffrances physiques résultant des blessures et des soins.
- Le préjudice esthétique permanent (PEP) Disgrâce physique définitive résultant des blessures, après consolidation.
- Le préjudice d'agrément (PA) Perte d'une activité sportive, culturelle ou de loisir.

9. Le montant des garanties Frais médicaux

Le montant des frais de soins est indiqué dans vos conditions particulières, ils doivent être consécutifs à un accident garanti. Ils sont pris en charge dans la limite du montant indiqué dans les conditions particulières et dans la limite des frais réels engagés. Le remboursement intervient en complément du régime obligatoire et de la complémentaire santé au titre des frais de prothèses dentaires, d'implants dentaires, de dépassements d'honoraires du chirurgien et de l'anesthésiste en cas d'intervention chirurgicale, des frais d'optique (monture, verres).

Tous les assurés peuvent bénéficier de cette indemnisation au titre d'un événement garanti.

Les prestations pour « accident de la vie privée » et « accident de la vie professionnelle » ne peuvent se cumuler pour un même événement.

10. Modalités d'indemnisation

En cas de décès

➤ **POUR LES NIVEAUX 1 et 2 et L'OPTION « Pack Accident de la vie professionnelle » :**

Sauf s'il est désigné par le souscripteur et/ou le conjoint assuré, le capital décès sera versé au conjoint non divorcé ou non séparé juridiquement, à défaut, à son partenaire avec lequel il était lié par un Pacte civil de solidarité, à défaut à son concubin(e), à défaut, par parts égales, à ses enfants vivants ou représentés, et à ceux de son conjoint s'il en avait la charge au moment du décès, à défaut à ses parents, par parts égales, et en cas de décès de l'un deux, au survivant pour la totalité, à défaut à ses héritiers, selon la dévolution successorale.

Les indemnités pour "Décès" et "Déficit Fonctionnel Infirmité Permanent" ne peuvent se cumuler.

Toutefois, si la personne assurée vient à décéder dans un délai d'un an après avoir perçu une indemnité pour Déficit Fonctionnel Permanent, le capital décès sera versé déduction faite des sommes qui auraient pu être payées au titre du Déficit Permanent, si le décès est bien la conséquence du même accident.

➤ **POUR LE NIVEAU 3 :**

Les bénéficiaires des indemnités sont les personnes physiques justifiant avoir subi des préjudices directs du fait du décès d'un assuré.

En cas de décès consécutif à un accident, les indemnités dues au titre du décès sont versées **dédution faite des sommes éventuellement réglées au titre de l'atteinte à l'intégrité physique et psychique.**

Si les indemnités réglées au titre de l'atteinte à l'intégrité physique et psychique sont supérieures à celles qui auraient été dues au titre du décès, elles vous restent acquises.

En cas de Déficit Fonctionnel Permanent

➤ **POUR LES NIVEAUX 1 et 2 uniquement :**

Dès qu'il est en votre possession, vous devez nous transmettre un certificat de guérison ou de consolidation spécifiant l'infirmité de caractère permanent qui subsiste.

• **Expertise médicale**

Nous désignons le médecin spécialiste en indemnisation des dommages corporels qui fixe le taux de déficit fonctionnel permanent subsistant après consolidation des blessures par référence au barème contractuel.

Vous pouvez vous faire assister du médecin de votre choix.

• **Arbitrage**

En cas de désaccord sur les conclusions de l'expertise, les parties désignent un troisième médecin agissant en qualité de tiers expert.

- Sans accord sur le choix du tiers expert ou sur les conclusions de l'expertise, les parties peuvent convenir de faire désigner un médecin par le Président du Tribunal de Grande Instance.
- Le président du TGI est saisi à nos frais, par requête signée des deux parties ou d'une seulement, l'autre ayant été convoquée par lettre recommandée.

- Le médecin expert vous adresse un double du rapport de l'expertise médicale dans les vingt jours suivant l'examen.
- Chaque partie paie les honoraires et frais d'intervention de son médecin. Ceux du troisième médecin sont partagés par moitié entre elles.

Il est entendu que lorsque les conséquences d'un accident seront aggravées par une maladie ou une infirmité indépendante de l'accident, l'indemnité se calculera d'après les conséquences qu'aurait eu l'accident chez une personne en état de santé normal, sans tenir compte de l'intervention aggravante de cette maladie ou de cette infirmité.

Nous ne pouvons être tenus de prendre en charge les suites et conséquences d'un accident déjà réglé sur les bases du présent contrat et pour lequel un justificatif de paiement régulier aura été donné.

En cas d'Atteinte à l'Intégrité Physique et Psychique

➤ **POUR LE NIVEAU 3 uniquement – Garantie des accidents de la vie :**

• **Expertise médicale**

Nous désignons le médecin diplômé en indemnisation des dommages corporels qui fixe le taux d'atteinte à l'intégrité physique et psychique subsistant après consolidation des blessures par référence au barème indicatif d'évaluation du Droit Commun (Concours Médical – Dernière édition).

Vous pouvez vous faire assister du médecin de votre choix.

Le médecin expert détermine si vous avez besoin de l'assistance d'une tierce personne. Il en fixe la durée et la nature.

Il fixe le degré des souffrances endurées et du préjudice esthétique. Il indique les activités d'agrément que vous pratiquiez avant l'accident.

• **Arbitrage**

En cas de désaccord sur les conclusions de l'expertise, chaque partie désigne son médecin. Si les médecins ne parviennent pas à un accord, les parties désignent un troisième médecin agissant en qualité de tiers expert.

- Sans accord sur le choix du tiers expert ou sur les conclusions de l'expertise, les parties peuvent convenir de faire désigner un médecin par le Président du Tribunal de Grande Instance.
- Le président du TGI est saisi à nos frais, par requête signée des deux parties ou d'une seulement, l'autre ayant été convoquée par lettre recommandée.
- Le médecin expert vous adresse un double du rapport de l'expertise médicale dans les vingt jours suivant l'examen.
- Chaque partie paie les honoraires et frais d'intervention de son médecin. Ceux du troisième médecin sont partagés par moitié entre elles.

• **Aggravation**

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

Si l'accident aggrave un état antérieur, le médecin évalue le nouveau pourcentage par différence entre les capacités avant et après l'accident.

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

- Soit le taux d'atteinte à l'intégrité physique et psychique (AIPP) était inférieur au seuil de déclenchement de la garantie, mais suite à l'aggravation le taux d'atteinte à l'intégrité physique et psychique dépasse ce seuil, alors vous serez indemnisé pour la globalité de votre préjudice.
- Soit vous avez été indemnisé une première fois car votre taux d'atteinte à l'intégrité physique et psychique dépassait le seuil de déclenchement, vous recevrez alors un complément égal au différentiel multiplié par le coût du point de l'atteinte à l'intégrité physique et psychique final (calcul droit commun).

Le cumul des indemnités successives ne peut dépasser le montant de la garantie.

En cas de frais de soins

Le remboursement des frais de soins s'effectue en complément de votre caisse d'assurance maladie et de votre complémentaire santé, et sur présentation des factures acquittées.

11. Délai de paiement des indemnités

➤ **POUR LES NIVEAUX 1 et 2 :**

Le règlement des prestations lié à la garantie décès et frais médicaux est effectué **dans le mois** qui suit la remise des pièces justificatives et de tout renseignement nécessaire à la prise en charge de la garantie.

Pour la garantie Déficit Fonctionnel Permanent, le règlement de l'indemnité est effectué dans le mois qui suit la réception par la compagnie du rapport d'expertise.

➤ **POUR LE NIVEAU 3 – Garantie des accidents de la vie :**

L'offre d'indemnisation doit intervenir dans un délai de **8 mois**.

Elle peut avoir un caractère provisionnel lorsque nous n'avons pas été informés de la consolidation de l'état de la victime dans les **3 mois** suivant l'accident.

Une offre provisionnelle est versée dans le mois suivant le dépôt du rapport, si le médecin expert estime que l'atteinte à l'intégrité physique et psychique directement imputable à l'accident dépassera le seuil de déclenchement de la garantie.

L'offre définitive d'indemnisation est faite dans un délai de **5 mois** suivant la date à laquelle nous avons été informés de cette consolidation.

Le paiement des sommes convenues doit intervenir dans un délai **d'un mois** à partir de la date de l'offre définitive.

12. La déclaration du sinistre

Les délais de déclaration

Dans les **cinq jours ouvrés**, à partir du moment où vous - ou vos ayants droit - avez eu connaissance de l'accident, vous nous en avisez par écrit ou verbalement contre récépissé.

A défaut, la déchéance, c'est-à-dire la perte du droit à la garantie, vous sera opposée, si ce retard dans la déclaration nous a causé un préjudice.

Les pièces nécessaires à l'obtention des prestations

Simultanément à la déclaration de l'accident qui précisera :

- les nom, prénom et domicile de la personne accidentée,
- les circonstances et le lieu de l'accident, le nom du tiers responsable, les noms et adresses des témoins,
- le numéro de votre contrat,

Vous devrez nous faire parvenir un certificat médical indiquant :

- la nature, le siège des blessures ou lésions constatées,
- leurs causes et leurs conséquences probables,
- le lieu de l'hospitalisation éventuelle,
- le cas échéant, le certificat de décès.

Vous devez nous fournir tous les éléments de nature à déterminer et chiffrer le préjudice subi, en particulier :

- les certificats médicaux constatant la guérison ou la consolidation,
- les états de remboursement de la Sécurité Sociale, des organismes similaires ou complémentaires,
- les documents de toute nature permettant d'évaluer le préjudice économique, tels que certificats, factures, notes de frais, feuilles de paie, déclarations fiscales, relevés bancaires, etc.

Pour le remboursement des frais de soins :

- Les justificatifs de remboursement de votre caisse d'assurance maladie, de votre complémentaire santé, et éventuellement de votre surcomplémentaire santé.
- Les justificatifs de paiement de vos dépenses de santé : les factures, les notes d'honoraires des praticiens (anesthésiste et chirurgien).

En cas de retard dans la déclaration d'un sinistre, nous pouvons vous réclamer une indemnité proportionnée au préjudice qui en résulte pour nous (art. L 113-11 du Code des Assurances).

13. La prescription applicable au contrat d'assurance

Votre contrat est soumis aux dispositions suivantes du Code des Assurances :

Article L114-1 du Code : « Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

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

2- En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là. Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier. »

Article L114-2 du Code : « - La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité. »

Article L114-3 du Code : « (...) les parties aux contrats d'assurance, même d'un accord commun, ne peuvent ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celles-ci. »

Les causes ordinaires d'interruption d'une prescription sont définies par les articles 2240 et suivants du Code Civil :

- toute demande en justice (y compris en référé) même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure,
- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait,
- un acte d'exécution forcée.

L'événement qui interrompt la prescription biennale fait courir un nouveau délai de deux ans.

En cas de procédure judiciaire, ce nouveau délai ne court qu'à compter de l'extinction de l'instance.

14. L'intervention préalable de l'assureur GAV

POUR LE NIVEAU 3 uniquement – Garantie des accidents de la vie :

Lorsque l'événement objet de la garantie est susceptible de donner lieu à recours contre un tiers, assuré ou non, ou lorsqu'il entre dans le champ d'intervention d'un fonds d'indemnisation, le contrat intervient en priorité.

Par ailleurs nous vous orientons vers le tiers responsable, son éventuel assureur ou vers le fonds de garantie pour l'indemnisation des postes de préjudices non garantis par le contrat ou lorsque le plafond de garantie est dépassé.

15. Le cas des assurances multiples

POUR LE NIVEAU 3 uniquement – Garantie des accidents de la vie :

Si vous êtes titulaire d'autres contrats vous garantissant le paiement d'indemnités calculées selon les règles du Droit Commun en cas de décès ou d'Atteinte à l'Intégrité Physique et Psychique, vous devez nous en aviser immédiatement au moment du sinistre.

En vertu du principe indemnitaire, chaque assurance produira ses effets dans les limites des garanties des contrats et dans le respect des dispositions de l'article L 121-4 du Code.

16. La subrogation

➤ POUR LE NIVEAU 1, 2 et L'OPTION « Pack Accident de la vie professionnelle » :

Pour la garantie frais de soins

Nous pouvons demander le remboursement des frais médicaux, pharmaceutiques, chirurgicaux et d'hospitalisation payés auprès du responsable de l'accident (art. L 121-12 du Code).

La subrogation ne s'applique jamais aux indemnités forfaitaires garanties en cas de « Décès » et de « Déficit Fonctionnel Permanent ».

➤ POUR LE NIVEAU 3 – Garantie des accidents de la vie :

Les indemnités étant calculées suivant les règles du Droit Commun, nous sommes subrogés, à due concurrence des sommes versées, dans vos droits et actions contre le ou les tiers responsables, pour le remboursement de celles-ci (art. L 131-2 du Code).

17. Le barème d'évaluation du déficit fonctionnel permanent

POUR LES NIVEAUX 1 et 2 uniquement :

Infirmité totale

Perte totale des deux yeux ou de la vision des deux yeux	100 %
Perte de l'usage de deux membres	100 %
Aliénation mentale incurable (suite d'accident)	100 %

Tête

Ablation ou perte totale de la fonction du maxillaire inférieur.....	25 %
Perte totale d'un œil (avec énucléation)	30 %
Perte totale d'un œil (sans énucléation)	25 %
Perte totale de la vision d'un œil ou réduction de moitié de la vision binoculaire	25 %
Perte totale et définitive de l'audition (résultant directement et exclusivement d'un accident).....	40 %
Brèche osseuse du crâne (superficie de plus de 12 cm ²), avec battements et impulsions	40 %
Hémiplégie avec contracture - Côté droit	70 %
Hémiplégie avec contracture - Côté gauche	55 %
Syndrome postcommotionnel des traumatisés crâniens (sans signes neurologiques objectifs)	5 %

Rachis - Thorax

Séquelles de fracture de la colonne vertébrale (sans lésion médullaire)	2 à 15 %
Séquelles de fracture de la colonne dorsolombaire :	
- syndrome neurologique, mais cas légers	20 %
- cas graves (paraplégie)	60 %
Séquelles de fractures multiples de côtes avec déformation thoracique douloureuse et troubles fonctionnels	0 à 8 %
Séquelles de fracture de la clavicule :	
- droite	0 à 5 %
- gauche	0 à 3 %
Néuralgie sciatique (entraînant gêne de la marche)	5 à 15 %

Membres supérieurs

	Droit	Gauche
Perte totale d'un bras (y compris articulation de l'épaule)	60 %	50 %
Perte d'une main (y compris articulation du poignet)	60 %	50 %
Perte totale des mouvements de l'épaule	25 %	20 %
Perte des mouvements du coude	20 %	15 %
Perte des mouvements du poignet :		
- en position défavorable	20 %	15 %
- en position favorable	10 %	8 %
Perte totale du pouce et de l'index	35 %	25 %
Perte totale de trois doigts (autres que le pouce et l'index)	25 %	20 %
Perte du pouce seul :		
- moitié de la première phalange	2 %	1 %
- phalange unguéale entière	8 %	5 %
- les deux phalanges	20 %	17 %
Perte de l'index seul :		
- moitié de la phalange unguéale	1 %	1 %
- phalange unguéale entière	5 %	3 %
- les deux phalanges terminales	8 %	5 %
- les trois phalanges	15 %	10 %

Membres inférieurs

Amputation de la cuisse au tiers moyen ou perte complète de l'usage d'une jambe :	
- non appareillée	50 %
- appareillée	25 à 35 %
Perte des mouvements d'une hanche	30 %
Perte des mouvements d'un genou	20 %
Fracture mal consolidée d'une rotule	0 à 20 %
Amputation d'un pied	40 %
Perte totale du mouvement du cou-de-pied (en bonne position)	15 %
Raccourcissement d'au moins 5 cm d'un membre inférieur	20 %
Perte totale du gros orteil	8 %
Perte du cinquième orteil, y compris le métatarsien	8 %

Abdomen

Splénectomie	3 à 8 %
--------------------	---------

S'il est médicalement établi que l'assuré est gaucher, les taux indiqués au barème ci-dessus pour les différents déficits fonctionnels permanents sont intervertis.

Le Déficit Fonctionnel Permanent total ou partiel d'un membre ou d'un organe est assimilé à sa perte totale ou partielle.

Les lésions non comprises dans le barème ci-dessus sont indemnisées en proportion de leur gravité, comparée à celle des cas énumérés, sans tenir compte de la profession ou de l'âge de la victime.

Lorsque les conséquences d'un accident sont aggravées par une maladie ou une infirmité antérieure ou postérieure à l'accident, mais indépendantes de celui-ci, nous indemnisons la victime dans la mesure où l'accident aurait frappé une personne en état de santé normal, sans tenir compte de l'intervention aggravante de cette maladie ou de cette infirmité.

L'addition des diverses indemnités prévues pour un même membre ne peut dépasser l'indemnité prévue pour la perte totale de ce membre.

II. La vie du contrat

1. La formation et la durée du contrat

Le contrat est parfait dès qu'il y a accord entre les parties.

Il produit ses effets à compter de la date fixée aux Conditions Particulières. Les mêmes dispositions s'appliquent à tout avenant.

Votre contrat est souscrit pour une durée d'un an avec tacite reconduction, d'année en année, sauf dénonciation par lettre recommandée envoyée à l'autre partie deux mois au moins avant la date anniversaire de l'échéance principale (cachet de la poste faisant foi).

Si l'option « Pack Accident de la vie professionnelle » est souscrite, sa garantie cesse à la fin de l'année d'assurances au cours de laquelle vous atteignez l'âge de 68 ans.

Vous avez la possibilité de résilier ce pack « Accident de la vie professionnelle » à l'échéance principale de votre contrat.

2. La déclaration du risque

Avant la conclusion du contrat, vous avez été informé des prix et des garanties et avez reçu un extrait des Conditions Générales régissant le contrat.

En cours de contrat, vous nous informerez par lettre recommandée dans les 15 jours à partir du moment où vous en avez connaissance, des circonstances nouvelles qui ont pour conséquence soit d'aggraver les risques, soit d'en créer de nouveaux.

Ces circonstances nouvelles portent particulièrement sur :

- votre changement de domicile. A défaut, toute communication qui vous sera adressée par lettre recommandée au dernier domicile connu sera suivie d'effet dans les délais normaux,
- Votre changement de situation familiale,
- la souscription d'autres contrats de même nature couvrant tout ou partie des mêmes risques.

Lorsque la modification constitue une aggravation des circonstances et rend de ce fait inexacts ou caduques les réponses que vous nous aurez faites, nous vous proposons une nouvelle cotisation. Si vous ne donnez pas suite à notre proposition ou refusez le nouveau montant dans les 30 jours, nous pourrions résilier le contrat au terme de ce délai.

Lorsque la modification atténue la gravité des circonstances, vous pouvez demander une diminution du montant de la cotisation. A défaut d'accord de notre part, vous pourrez résilier le contrat, la résiliation prenant effet 30 jours après la dénonciation.

Toute réticence, fausse déclaration intentionnelle, omission ou inexactitude dans la déclaration, à la souscription ou en cours de contrat, des circonstances ou des aggravations définies ci-dessus est sanctionnée, même si elle a été sans influence sur la réalisation du sinistre (art. L 113-8 et L 113-9 du Code).

Lorsque la fausse déclaration est intentionnelle (art. L 113-8), le contrat est réputé nul. Nous conservons alors la ou les cotisations versées et nous vous réclamons le remboursement des sommes que nous avons été éventuellement amenés à payer au titre des sinistres survenus.

Cette sanction peut avoir des conséquences très graves puisqu'elle équivaut à une absence d'assurance et vous rend financièrement responsable des conséquences du ou des sinistres qui pourraient avoir lieu, et cela quelle que soit leur gravité.

Lorsque la fausse déclaration n'est pas intentionnelle (art. L 113-9), nous vous proposons une nouvelle cotisation, et calculons l'indemnité en proportion de la cotisation payée par rapport à celle qui aurait dû l'être. Si vous refusez la nouvelle cotisation, nous résilions le contrat.

3. Modification au contrat

Le changement du niveau de garantie ne peut s'établir qu'à l'échéance principale du contrat. En cas d'accident couvert par le contrat, le montant des garanties qui sera retenue sera celui de la garantie au jour de l'accident.

L'option « Pack Accident de la vie professionnelle » peut être souscrite en même temps que le contrat de Niveau 1, 2 ou 3 ou en cours de contrat mais uniquement à l'échéance principale du contrat. L'option « Pack Accident de la vie professionnelle » ne peut être souscrite seule.

4. Le paiement des cotisations

Les cotisations sont payables d'avance. Elles sont annuelles, mais à votre demande, leur paiement pourra être fractionné.

Toutefois, en cas de non-paiement d'une fraction de cotisation à son échéance, la cotisation restante de l'année d'assurance en cours deviendra immédiatement exigible.

A défaut de paiement d'une cotisation (ou d'une fraction de cotisation) dans les 10 jours de son échéance et indépendamment de notre droit de poursuivre l'exécution du contrat en justice, nous pouvons vous adresser, à votre dernier domicile connu (même dans le cas où la cotisation serait payable par une autre personne), une lettre recommandée de mise en demeure.

La garantie est suspendue 30 jours après l'envoi de cette lettre (ou sa remise au destinataire si celui-ci est domicilié hors de la France métropolitaine). Nous avons le droit de résilier le contrat 10 jours après l'expiration du délai de 30 jours visé ci-dessus, par notification faite soit par la lettre recommandée de mise en demeure, soit par une nouvelle lettre recommandée.

En cas de suspension de la garantie pour non-paiement de la cotisation ou lorsque des prestations vous sont dues, vous n'êtes pas dispensé de l'obligation de payer les cotisations échues.

La suspension de la garantie pour non-paiement de la cotisation entraîne pour chacun d'entre vous la perte définitive de tout droit aux prestations se rapportant à des accidents survenus pendant la période de suspension.

En cas de non-paiement des cotisations, s'il survient un accident en dehors de la période de suspension, les cotisations échues sont récupérées par compensation sur le règlement des prestations.

5. La révision du tarif

Une évolution des résultats techniques constatée sur un ou plusieurs niveaux de garantie ou sur une option peut nous amener à changer les conditions tarifaires. Dans cette hypothèse de majoration de la cotisation, vous pourrez résilier le contrat dans les trente jours suivant la date à laquelle vous aurez eu connaissance de cette modification, la résiliation intervenant un mois après sa notification. Le Souscripteur nous versera la portion de cotisation calculée sur la base du tarif précédent, au prorata du temps écoulé entre la date du dernier appel de cotisation et la date d'effet de la résiliation.

6. La résiliation du contrat

Le contrat peut être résilié, en dehors de sa date d'expiration, dans les cas suivants :

◆ Par vous

- en cas de diminution des risques, si nous refusons de réduire la cotisation en conséquence, la résiliation prenant effet trente jours après la notification,
- lorsque nous résilions un autre de vos contrats après sinistre,
- en cas de révision du tarif,
- dans un délai de vingt jours à compter de la date d'envoi de l'avis d'échéance principale (conformément à l'article L113.15.1).

◆ Par nous

- en cas de non-paiement des cotisations,
- en cas d'aggravation du risque si vous n'acceptez pas le nouveau tarif que nous vous proposerons,
- en cas d'omission ou d'inexactitude dans la déclaration du risque, à l'adhésion ou en cours de contrat,
- en cas de déclaration sciemment fautive ou de falsification de pièces faites dans le but d'obtenir des prestations indues. Dans ce cas, la résiliation prend effet 10 jours après la notification qui vous est adressée par lettre recommandée,
- après sinistre, dans les deux premières années d'assurance, le Souscripteur ayant alors le droit de résilier les autres contrats souscrits par lui auprès de notre Société.

III. Dispositions générales

1. La souscription du contrat en cas de démarchage à domicile

Si votre contrat a été souscrit dans le cadre d'un démarchage à domicile, vous disposez d'un droit de renonciation de 14 jours, en application de l'article L 112-9-1 du Code des Assurances qui stipule :

"Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de 14 jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités".

Pour exercer ce droit de renonciation, il suffit au Souscripteur d'adresser une lettre recommandée avec avis de réception demandant la renonciation au contrat, à :

AVIVA Assurances - Amis
Production Santé
TSA 91974
92892 Nanterre Cedex 9

Le courrier de renonciation doit être rédigé comme suit :

"Je soussigné,, demande à renoncer à la souscription du contrat Amis Protection Accident, faite le auprès d'AVIVA Assurances. En conséquence, le contrat sera résilié à compter de la date de réception de la présente lettre recommandée et AVIVA Assurances me remboursera le solde de la cotisation déjà versée dans les 30 jours suivant la résiliation".

Dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat, le Souscripteur ne peut plus exercer ce droit de renonciation.

2. L'examen des réclamations

En cas de difficultés, consultez d'abord votre Conseiller en assurances. Si la réponse ne vous satisfaisait pas, vous pouvez adresser votre réclamation à :

AVIVA ASSURANCES - Service Relations Clients
13 rue du Moulin Bailly - 92271 Bois-Colombes Cedex
e-mail : ocli_serv@aviva.fr

Nous en accusons réception dans un délai de 10 jours ouvrables (sauf si nous avons pu vous apporter une réponse), et nous traitons votre réclamation dans un délai maximal de 2 mois après réception.

En cas de désaccord persistant, et après épuisement des voies de recours internes, vous pouvez alors solliciter l'avis du Médiateur désigné par la Fédération Française des Sociétés d'Assurances (FFSA). Nous vous communiquerons ses coordonnées sur simple demande.

3. Le contrôle des assurances

En cas de différend, vous pouvez contacter l'autorité administrative chargée du contrôle des entreprises d'assurance :

Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (A.C.P.R.), 61 rue Taitbout, 75436 Paris Cedex 09
www.acpr.banque-france.fr

4. Protection des données à caractère personnel – Loi informatique et Libertés

Les informations personnelles recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à permettre à Aviva Assurances de procéder à la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance.

Elles sont à l'usage de l'assureur, ses mandataires, réassureurs, organismes professionnels, partenaires, prestataires, éventuellement situés en dehors de l'Union Européenne et des autorités administratives et judiciaires pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires en vigueur. Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition pour motifs légitimes aux données qui vous concernent en écrivant à Aviva Assurances - Service Relations Clients (OCLI) - 13 rue du Moulin Bailly - 92271 Bois Colombes Cedex ; ocli_serv@aviva.fr. Sauf avis contraire de votre part, ces informations pourront être transmises aux entités du groupe Aviva France et à leurs partenaires à des fins de prospection commerciale. Sur simple demande, vous pouvez obtenir plus d'informations sur le transfert de données à l'étranger.

IV. ASSISTANCE

1. Les événements garantis

Les services sont accordés aux bénéficiaires lorsqu'ils sont victimes d'un accident garanti par le contrat.

2. Définitions

Accident

📖 Toute atteinte corporelle provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure à l'Assuré.

Conjoint

📖 Votre conjoint, non séparé de corps ou de fait, votre concubin ou concubine, ou votre partenaire dans le cadre du Pacte Civil de Solidarité (PACS).

Domicile

📖 Par domicile, on entend le lieu de résidence principale et habituelle du « bénéficiaire », situé en France Métropolitaine ou en Principauté de Monaco.

Garde alternée

📖 C'est le moment pendant lequel vous avez la garde de votre, vos enfant (s), ces périodes de garde peuvent être soit définies par un jugement, soit décidées d'un commun accord entre les parents.

Garde occasionnelle

📖 La garde occasionnelle des petits enfants : elle peut être permanente, régulière mais elle doit avoir une durée limitée dans le temps par exemple : 2 heures de garde par jour après l'école, un jour dans la semaine, pendant les vacances scolaires.

Hospitalisation imprévue

📖 Toute hospitalisation d'une durée supérieure à 24 heures en hôpital ou en clinique, consécutive à un accident, et dont la survenance n'était pas connue du bénéficiaire 5 jours avant son déclenchement. N'est pas considérée comme imprévue, une hospitalisation liée à une rechute ou une complication d'une maladie ou d'un accident connu.

Petits enfants

📖 Les petits enfants du souscripteur et du conjoint assurés dont vous avez la garde occasionnelle au moment de l'accident.

3. Couverture géographique

Les garanties d'assistance à domicile s'appliquent :

- en France métropolitaine et à Monaco

Les autres garanties d'assistance s'appliquent :

- En France métropolitaine, dans les départements et régions d'Outre-mer, Collectivités d'Outre-mer, dans les principautés d'Andorre et de Monaco, dans les pays membres de l'Union Européenne et dans les îles anglo-normandes, ainsi qu'à Gibraltar, en Suisse, en Islande, au Liechtenstein, à San-Marín, en Norvège et au Vatican, pendant la période de validité du contrat.
- Dans les autres pays, à l'occasion de déplacements privés ou professionnels d'une durée inférieure à 3 mois consécutifs, à l'exclusion des pays en état de guerres civiles ou étrangères, d'instabilité

politique notoire ou subissant des mouvements populaires, de représailles, de restriction à la libre circulation des personnes et des biens, de grèves, d'explosions, de désintégration du noyau atomique ou tout autre cas de force majeure.

4. Les bénéficiaires

Les services décrits ci-dessous sont accordés aux personnes bénéficiaires du contrat Amis Protection Accident mentionnées aux Conditions Particulières. C'est-à-dire :

- Le souscripteur et/ou son conjoint, désigné(s) aux conditions particulières
- Les enfants légitimes, naturels ou adoptifs du souscripteur et du conjoint assurés :
 - lorsqu'ils sont mineurs,
 - ou s'ils poursuivent des études et n'exercent pas de profession,
 - ou s'ils poursuivent des études dans des filières d'apprentissage ou de contrat en alternance,
 - ou s'ils sont handicapés physiques ou mentaux (titulaires d'une carte d'invalidité),

Ils doivent être fiscalement à charge ou être bénéficiaires d'une pension versée par les parents et déclarée fiscalement.

- Les enfants qui vous sont confiés dans le cadre d'une garde alternée et qui ne sont pas fiscalement à votre charge,
- Les petits-enfants mineurs, si la garantie est mentionnée aux conditions particulières, lorsqu'ils sont sous votre garde occasionnelle.

5. Mise en œuvre des garanties

Les garanties sont prises en charge par AVIVA ASSISTANCE, dénommé «nous» dans le texte ci-après. Le service est accessible par téléphone 7J/7 et 24H/24 à l'exception des prestations d'informations accessibles du lundi au samedi de 9h à 19h30.

Pour nous permettre d'intervenir il est nécessaire :

- ☛ de nous joindre sans attendre :

par téléphone depuis la France : **0825 30 33 33** 0,15€/mn au 01/01/07 Ou **01 76 62 73 33**

par téléphone depuis l'étranger : **33 1 76 62 73 33**

par télécopie : **01 48 97 12 13**

par e-mail : **aviva-assistance@aviva.fr**

- ☛ de nous communiquer vos nom et prénom, adresse et votre numéro de contrat Amis Protection Accident
- ☛ d'obtenir notre accord préalable avant de prendre toute initiative ou d'engager toute dépense,
Toute dépense engagée sans notre accord ne donne lieu à aucun remboursement ou prise en charge a posteriori.
- ☛ de se conformer aux solutions que nous préconisons,
- ☛ de nous fournir tous les justificatifs originaux des dépenses dont le remboursement est demandé.

Tous les montants indiqués s'entendent T.T.C.

6. Assistance médicale en cas d'accident d'un bénéficiaire

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

Transport / Rapatriement

Si vous êtes victime d'un événement garanti, nos médecins se mettent en relation avec le médecin local qui vous a reçu.

Les informations recueillies auprès de ce médecin local et éventuellement auprès de votre médecin traitant, nous permettent, après décision de nos médecins, de déclencher et organiser :

- soit votre retour au domicile,
- soit votre transport vers un service hospitalier approprié proche de votre domicile, par véhicule sanitaire léger, ambulance, wagon-lit, train en 1^{ère} classe, avion de ligne en classe économique ou avion sanitaire.

Si votre sécurité nécessite un premier transport vers un centre de soins de proximité, avant d'envisager un retour vers une structure proche de votre domicile, notre service médical peut réserver une place dans le service où l'hospitalisation aura été prévue.

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

Afin d'éviter tous conflits d'autorités médicales, la décision finale à mettre en œuvre dans votre intérêt médical appartient en dernier ressort à nos médecins.

Si vous refusez de suivre la décision considérée comme la plus opportune par nos médecins, vous nous déchargez de toute responsabilité, notamment en cas de retour par vos propres moyens, ou encore en cas d'aggravation de votre état de santé.

Lorsqu'un transport est organisé et pris en charge, vous nous réservez le droit d'utiliser le titre de transport non utilisé que vous détenez. Vous devez également nous reverser le montant des titres de transport dont vous obtenez le remboursement.

Dans tous les cas, le transport organisé et pris en charge par l'assistance doit relever d'une nécessité médicale. Le transport doit être préconisé par nos médecins.

Aucun transfert ou rapatriement ne peut être effectué sans votre accord préalable ou celui de votre représentant, exception faite d'états comateux nécessitant un rapatriement d'urgence.

Dans tous les cas, la décision d'assistance appartient exclusivement à notre médecin, après contact avec le médecin traitant sur place et, éventuellement, votre famille.

Seuls votre intérêt médical et le respect des règlements sanitaires en vigueur sont pris en considération pour arrêter la décision de transfert ou rapatriement, le choix du moyen utilisé et l'éventuel lieu d'hospitalisation.

Important : Tout refus par vous-même ou par votre médecin traitant, soit des prestations, soit des prescriptions médicales que nous proposons entraîne automatiquement LA NULLITE de la prestation.

Frais de secours sur piste de ski

Si vous êtes victime d'un accident sur une piste de ski **balisée et ouverte aux skieurs au moment de l'accident**, nous prenons en charge les frais de secours du lieu de l'accident jusqu'au centre de soins le plus proche jusqu'à concurrence de **310 €**

Nous ne prenons pas en charge les frais de recherche en montagne.

Retour d'un accompagnant

Lorsque vous faites l'objet d'un transport/rapatriement vers votre domicile ou l'hôpital le plus proche de votre domicile, ou si vous êtes hospitalisé sur place et ne pouvez pas être transporté immédiatement, nous organisons et prenons en charge le retour d'une personne bénéficiaire qui voyageait avec vous si elle ne peut utiliser les moyens initialement prévus.

Cette personne effectuera elle-même les démarches lui permettant de se faire rembourser son titre de transport. La somme ainsi récupérée devra nous être versée dans les meilleurs délais.

La prestation "Retour d'un accompagnant" n'est pas cumulable avec la prestation "Envoi d'un proche".

Présence au chevet du bénéficiaire hospitalisé

- **Frais de séjour d'un accompagnant**

Si vous êtes hospitalisé sur place et ne pouvez pas être transporté immédiatement, nous organisons le séjour à l'hôtel d'une personne se trouvant déjà sur place pour lui permettre de rester à votre chevet. Nous participons aux frais d'hôtel (chambre et petit déjeuner) jusqu'à concurrence de **50 €** par nuit pendant 10 nuits maximum.

- **Envoi d'un proche**

Si vous êtes hospitalisé sur place, et si nos médecins ne préconisent pas un transport avant 10 jours, nous organisons et prenons en charge le voyage aller/retour d'une personne désignée par vous et résidant en France, par train 1^{ère} classe ou avion de ligne en classe économique lorsque seul ce moyen peut être utilisé, afin qu'elle puisse se rendre à votre chevet.

Nous prenons également en charge les frais d'hôtel de cette personne (chambre et petit déjeuner) jusqu'à concurrence de **46 €** par nuit pendant 10 nuits maximum.

La prestation "Envoi d'un proche" n'est pas cumulable avec la prestation "Retour d'un accompagnant".

Prolongation de séjour à l'hôtel du bénéficiaire sur prescription médicale

Si, à la suite d'une hospitalisation, vous devez prolonger votre séjour à l'hôtel, **sur prescription médicale exclusivement**, nous prenons en charge vos frais de séjour (chambre et petit déjeuner), ainsi que ceux d'une personne restant à votre chevet, jusqu'à concurrence de **50 €** par nuit pendant 10 nuits maximum.

Accompagnement des enfants

Si à la suite d'un événement garanti survenu en cours de voyage, vous ne pouvez plus vous occuper de vos enfants de moins de 15 ans qui voyageaient avec vous, nous organisons et prenons en charge le voyage aller / retour d'une personne désignée par vous, depuis son domicile en France, ou d'une de nos hôtesses pour venir chercher les enfants et les ramener à votre domicile.

Avance de frais d'hospitalisation à l'étranger

Si vous êtes victime d'un événement garanti lors d'un déplacement à l'étranger et que vous vous trouvez hospitalisé, nous pouvons faire l'avance des frais d'hospitalisation dans la limite de **6 100 €** par bénéficiaire et par an, sous réserve que les soins soient prescrits en accord avec nos médecins et que ceux-ci vous aient jugé intransportable après recueil des informations auprès du médecin local.

Aucune avance n'est accordée à compter du jour où nous sommes en mesure d'effectuer le rapatriement en France Métropolitaine.

Vous devez nous rembourser cette avance 30 jours après réception de notre facture, même si vous avez engagé les procédures de remboursement prévues dans la prestation "Remboursement complémentaire de frais médicaux à l'étranger".

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

Transmission de messages urgents

A votre demande, nous pouvons transmettre à votre famille restée en France les messages urgents que vous nous confiez.

Livraison de médicaments

En cas d'immobilisation au domicile, livraison de médicaments prescrits si vous-même ou l'un des bénéficiaires au contrat ne peut temporairement se déplacer à la suite d'un accident garanti.

Aide retour à l'emploi

A la suite d'un accident garanti, nous organisons et mettons en place l'intervention d'un consultant spécialisé pour vous aider à la reconversion ou à la recherche d'emploi (5 entretiens téléphoniques de 2 heures).

Remboursement complémentaire de frais médicaux à l'étranger

Si vous êtes victime d'un événement garanti lors d'un déplacement à l'étranger, nous remboursons jusqu'à concurrence de **6 100 €** par an et par bénéficiaire le montant des frais médicaux engagés à l'étranger et restant à votre charge, après remboursement effectué par la caisse d'assurance maladie et/ou par tout autre organisme de prévoyance. *Nous appliquons une franchise de 15 € par bénéficiaire et par événement.*

Vous devez effectuer, dès votre retour en France, toutes démarches nécessaires au recouvrement de ces frais auprès des organismes concernés. Nous procédons au remboursement sur présentation :

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

Si l'organisme d'assurance maladie auquel vous cotisez ne prend pas en charge les frais médicaux engagés, nous les remboursons jusqu'à un maximum de **6 100 €** sous réserve que vous nous présentiez les originaux des factures de frais médicaux et de l'attestation de non prise en charge émanant de l'organisme d'assurance maladie.

Nature des frais médicaux ouvrant droit à remboursement complémentaire :

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">- honoraires médicaux,- frais de médicaments prescrits par un médecin,- frais d'ambulance, | <ul style="list-style-type: none">- frais d'hospitalisation,- frais chirurgicaux,- coût des soins dentaires jusqu'à concurrence de 80 € |
|--|--|

Pour donner lieu à remboursement, toute hospitalisation ou intervention chirurgicale doit nous être déclarée dans les 48 heures.

Télé-assistance

Cette prestation est acquise en cas d'atteinte à l'intégrité physique et psychique (AIPP) dont le taux est **au moins égal à 5%** constaté dans un justificatif à nous fournir.

Après une hospitalisation, nous mettons à votre disposition un appareil de télé-assistance qui vous permet de garder un contact privilégié avec l'extérieur.

D'un simple geste, vous pouvez alerter notre centrale de réception au moindre problème.

Nous prenons en charge l'organisation de cette prestation, la mise en service du matériel ainsi que les 6 premiers mois d'abonnement.

Allô Info

Allô-Info est un service d'informations générales, assuré par une équipe de chargés d'informations, destiné à répondre à toute question d'ordre réglementaire ainsi qu'aux demandes d'informations dans les domaines de l'incapacité, invalidité ou dépendance (orientation dans les démarches administratives, juridiques ou sociales).

Certaines demandes pouvant nécessiter des recherches, un rendez-vous téléphonique sera alors pris sous 48h.

Nos prestations sont uniquement téléphoniques ; aucune des informations dispensées par nos spécialistes ne peut se substituer aux intervenants habituels tels qu'avocats, conseillers juridiques, etc.

En aucun cas elles ne feront l'objet d'une confirmation écrite.

7. Assistance médicale en cas de décès d'un bénéficiaire

Transport / Rapatriement de corps

Si un bénéficiaire décède lors d'un événement garanti, nous organisons et prenons en charge le transport du corps jusqu'au lieu des obsèques en France Métropolitaine ou à Monaco.

Nous prenons également en charge les frais nécessités par les soins de préparation et les aménagements spécifiques au transport, et participons aux frais de cercueil jusqu'à concurrence de **770 €**

Nous prenons également en charge les frais nécessités par les soins de conservation et les aménagements spécifiques au transport, et participons aux frais de cercueil nécessaires au rapatriement jusqu'à concurrence de 770 €T.T.C. dans les conditions fixées par la réglementation en vigueur.

Nous ne prenons pas en charge les frais non indispensables au transport du bénéficiaire décédé.

Le choix des sociétés intervenant dans le processus de rapatriement (pompes funèbres, transporteurs, etc.) est de notre ressort exclusif.

Les frais de rapatriement à la suite d'une inhumation provisoire sur place sont également pris en charge.

Nous ne prenons pas en charge les frais d'exhumation y compris les autres frais (notamment de cérémonie, convois locaux, inhumation) qui restent à la charge de la famille.

Les frais non indispensables au transport du corps restent à la charge de la famille.

Sont également pris en charge les frais de rapatriement à la suite d'une inhumation provisoire sur place.

Les frais d'exhumation restent à la charge de la famille.

Le choix des sociétés intervenant dans le processus de rapatriement (pompes funèbres, transporteurs, etc.) est de notre ressort exclusif.

Présence d'un proche en cas de décès d'un bénéficiaire à plus de 100 km du domicile

Si un bénéficiaire décède à plus de 100 km de son domicile lors d'un événement garanti, et si la présence d'un membre de la famille sur place est indispensable afin d'effectuer les démarches administratives consécutives au décès :

- nous organisons et prenons en charge le voyage aller / retour d'une personne désignée par la famille et résidant en France Métropolitaine, par train 1^{ère} classe ou avion de ligne en classe économique lorsque seul de ce moyen peut être utilisé, afin de se rendre sur le lieu du décès ;
- nous prenons en charge le séjour de cette personne à l'hôtel (chambre et petit déjeuner) jusqu'à concurrence de **50 €** par nuit pendant 2 nuits maximum.

Accident ou décès d'un bénéficiaire

Assistance Psychologique

A la suite à un événement garanti, ayant entraîné ou non le décès d'un bénéficiaire, nous mettons à votre disposition, 24H/24 et 365 jours par an, un service «Ecoule et Accueil Psychologique» vous permettant de contacter par téléphone des psychologues cliniciens.

Dès réception de l'appel, nous mettons tout en œuvre, sous réserve que votre état de santé le permette et après avis de notre médecin, pour organiser une assistance psychologique d'urgence dans les 30 jours qui suivent l'appel. Cette assistance, réalisée par un psychologue comprend l'organisation et la prise en charge de 3 consultations par téléphone,

Dans tous les cas, la décision d'assistance psychologique d'urgence nous appartient exclusivement, éventuellement après contact et accord du médecin traitant.

Pour que cette prestation soit assurée, vous devez prendre contact avec nous dans un délai de **15 jours suivant l'événement traumatisant**, et nous communiquer les coordonnées de votre médecin traitant.

Nous ne sommes tenus que par une obligation de moyens.

8. Assistance à domicile

Aide à domicile

Pendant une hospitalisation supérieure à 8 jours ou au retour à votre domicile d'une hospitalisation de plus de 48 heures ou d'une immobilisation de plus de 4 jours, nous mettons à votre disposition une aide à domicile, à concurrence d'un maximum de 30 heures.

Garde ou transfert des personnes dépendantes

Pendant une hospitalisation supérieure à 8 jours ou au retour à votre domicile d'une hospitalisation de plus de 48 heures ou d'une immobilisation de plus de 4 jours, nous organisons et en place pour les personnes dépendantes dont vous avez la garde :

- soit la garde de ces personnes pendant 2 jours entre 8 h 00 et 19 h 00,
- soit le paiement des frais de transport de ces personnes chez un proche résidant en France métropolitaine

Garde des animaux de compagnie

Pendant une hospitalisation supérieure à 8 jours ou au retour à votre domicile d'une hospitalisation de plus de 48 heures ou d'une immobilisation de plus de 4 jours, nous organisons et en place la garde des animaux domestiques, gardiennage à domicile ou dans un centre agréé dans un rayon de 50 km du domicile, jusqu'à 30 jours maximum. Mise en place dans un délai de 5 heures à partir de l'heure d'ouverture des réseaux de garde.

Garde des enfants à domicile

Vous avez la garde de vos enfants ou petits-enfants âgés de moins de 15 ans et vous êtes hospitalisé plus de 15 jours à la suite d'un accident garanti.

Nous vous proposons l'organisation et la prise en charge d'une assistante maternelle compétente à domicile pour une période de 30 heures. La répartition des heures s'effectuera avec un minimum de 4 heures consécutives de 10 heures par jour, du lundi au samedi de 8 heures à 19 heures. Pendant cette période, nous nous chargeons si besoin est, d'assurer le transport aller et retour des enfants à l'école.

Nous nous réservons un délai de 5 heures maximum à compter des heures d'ouverture des réseaux d'assistantes maternelles agréées.

Nous organisons et prenons en charge :

- soit le voyage des enfants ou petits-enfants jusqu'au domicile d'un proche, résidant en France métropolitaine. Nous mettons alors gratuitement à la disposition d'une personne résidant en France métropolitaine, désignée par vous, un billet de train 1^{ère} classe aller/retour ou d'avion classe économique, lorsque seul ce moyen peut être utilisé, pour prendre les enfants en charge ; s'il est impossible de joindre une des personnes désignées par vous ou si celles-ci sont dans l'impossibilité d'effectuer le voyage, nous envoyons une hôtesse pour prendre les enfants en charge ;
- soit du transport aller /retour (en train 1^{ère} classe ou avion classe économique lorsque seul ce moyen peut être utilisé) de ce proche jusqu'au domicile, pour garder les enfants.

La prestation «Garde des enfants à domicile» n'est pas cumulable avec la prestation «Garde ou transfert des personnes dépendantes» « Garde des animaux de compagnie».

Ecole à domicile

Les prestations sont acquises en cas d'accident immobilisant l'enfant à son domicile ou à l'hôpital plus de 15 jours et l'empêchant de poursuivre sa scolarité.

Nous intervenons à partir du 16^{ème} jour d'immobilisation.

Nous recherchons et envoyons au domicile de l'enfant un répétiteur scolaire afin de lui permettre de poursuivre sa scolarité dans les matières principales, du cours préparatoire à la terminale des lycées d'enseignement général.

Nous prenons en charge les coûts occasionnés à raison de 10 heures par semaine, tous cours confondus, fractionnables dans la limite de 5 déplacements du répétiteur scolaire par semaine et de 3 heures de cours minimum dans la journée par matière ou par répétiteur avec un maximum de 60 heures.

La prestation est acquise sur une durée de 4 semaines maximum par fait générateur et maximum 2 fois par an autant de fois qu'il est nécessaire au cours de l'année scolaire, hors vacances scolaires et jour fériés. Elle cesse dès que l'enfant a repris normalement ses cours, et au plus tard le dernier jour de l'année scolaire.

Lorsque l'enfant est hospitalisé, les cours sont effectués, dans la mesure du possible, dans les mêmes conditions sous réserve que l'établissement hospitalier, les médecins et le personnel soignant donnent leur accord à la réalisation de cette prestation.

Un délai maximum de 48 heures peut intervenir pour rechercher le ou les répétiteurs scolaires qui assureront l'enseignement.

Si des cours sont demandés par le bénéficiaire au-delà de 15 heures par semaine, ils seront financièrement à sa charge.

Dans tous les cas, vous devez justifier votre demande en nous adressant un certificat médical indiquant la nature de l'accident. Ce certificat doit préciser si l'enfant ne peut se rendre dans son établissement scolaire et la durée de son immobilisation.

La garantie n'est pas acquise en cas de maladie ou d'accident antérieur à la date d'effet du contrat.

Exclusions de l'Assistance

Outre les événements non garantis au contrat, sont exclus :

- les frais médicaux pharmaceutiques et d'hospitalisation inférieurs à 16 €, les frais de soins dentaires supérieurs à 80 €,
- les frais médicaux pharmaceutiques et d'hospitalisation engagés en France,
- les rapatriements pour états de grossesse, sauf complication imprévisible et dans tous les cas, à partir de la 36^{ème} semaine de grossesse,
- les convalescences et les affections en cours de traitement et non encore consolidées ou ayant fait l'objet d'une hospitalisation dans les 6 mois précédant la demande d'assistance,
- les frais d'optique,
- les appareillages médicaux et prothèses,
- les accidents résultant de l'usage de drogues, de stupéfiants non ordonnés médicalement et d'alcools,
- les vaccins et frais de vaccination,
- les frais médicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation relatifs à des interventions à caractère esthétique,
- les frais de services médicaux ou paramédicaux et d'achat de produits dont le caractère thérapeutique n'est pas reconnu par la législation française,
- les voyages entrepris dans un but de diagnostic et/ou de traitement médical,
- les frais de recherche en montagne et de secours en mer,
- les frais de restauration,
- les accidents liés à la pratique d'un sport dans le cadre d'une compétition officielle organisée par une fédération sportive et pour laquelle une licence est délivrée.

Cas d'exonération de responsabilité et cas de force majeure

Le fait de grève ne constitue pas une raison de déclenchement de nos services et ne peut donner lieu à aucun remboursement.

Nous ne pouvons être tenus pour responsables des manquements à l'exécution des prestations résultant de cas de force majeure ou d'événements tels que guerres civiles ou étrangères, instabilité politique notoire, mouvements populaires, émeutes, actes de terrorisme, représailles, restriction à la libre circulation des personnes et des biens, grèves, explosions, catastrophes naturelles, désintégration du noyau atomique, ni des retards dans l'exécution des prestations résultant des mêmes causes.

Nous ne pouvons être tenus pour responsables des manquements à l'exécution des prestations en cas de délais et/ou d'impossibilité à obtenir les documents administratifs tels que visas d'entrée et de sortie,

passport, etc. nécessaires au transport du bénéficiaire à l'intérieur ou hors du pays où il se trouve ou à son entrée dans le pays préconisé par nos médecins pour y être hospitalisé, ni des retards dans l'exécution résultant des mêmes causes.

Subrogation

Conformément à l'article L 121-12 du Code des Assurances, nous sommes subrogés jusqu'à concurrence des indemnités payées et des services fournis dans vos droits et actions ou ceux de votre représentant contre toute personne responsable des faits ayant son intervention.

Dans le cas où il s'avérerait a posteriori que nous aurions été amenés à déclencher une intervention alors que vous n'étiez plus ou pas bénéficiaire, les frais engagés vous seraient refacturés, de même si vous aviez volontairement fourni de fausses informations sur les causes vous amenant à demander notre intervention, alors que les faits réels n'auraient pas dû donner droit à notre intervention.