



**CMAM**

l'assureur de proximité

# **PULSIA** Protection famille

▶ *La prévoyance pour toute la famille*



## **Conditions générales**

*Édition janvier 2021*

CG-CMAM-PULSIA-PPF042021



Cher(e) Sociétaire,

Nous vous remercions d'avoir choisi notre mutuelle pour assurer votre famille.

Nous avons voulu apporter un maximum de clarté et de simplicité à votre contrat d'assurance, qui se compose :

- des présentes Conditions Générales qui décrivent notamment les garanties que nous proposons, ainsi que la vie de votre contrat, la gestion des sinistres, nos droits et obligations réciproques.
- des Conditions Particulières qui précisent notamment: la date d'effet de votre contrat, sa durée, vos déclarations, les garanties que vous avez choisies de souscrire ainsi que leurs montants et leurs éventuelles franchises, les éléments d'identification du véhicule assuré et les conditions de son utilisation, le montant de votre cotisation et sa (ses) échéance(s). Elles prévalent sur les Dispositions Générales.

Nous vous invitons à nous tenir informés immédiatement de tout changement, afin que votre contrat soit toujours adapté à la réalité de votre situation.

Sont nulles toutes adjonctions ou rectifications non revêtues du visa de l'assureur.

Le présent contrat est régi par le Code des Assurances, y compris les obligations applicables aux départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle.

L'autorité chargée du contrôle des entreprises d'assurances est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située 4 place de Budapest CS 92459, 75436 PARIS CEDEX 09.

Pour l'assurance auprès de CMAM - Caisse Meusienne d'Assurances Mutuelles:

CMAM - 22, rue du Docteur Nève - CS 40056 55001 BAR-LE-DUC Cedex

Société d'Assurances Mutuelles à cotisations variables régie par le Code des assurances - SIRET 31176730500064

POUR BIEN SE COMPRENDRE.....	4 - 5
<b>1. Objet du contrat.....</b>	<b>6 - 9</b>
1.1 Les personnes assurées.....	6
1.2 Période de garantie.....	6
1.3 Les événements garantis.....	6
1.4 Les préjudices indemnisés.....	7
1.5 Les limites de garantie.....	8
1.6 Territorialité.....	9
<b>2. Les exclusions.....</b>	<b>10</b>
<b>3. Le sinistre.....</b>	<b>11 - 13</b>
3.1 Vos obligations.....	11
3.2 Procédures d'évaluation des postes de préjudice indemnisables.....	11
3.3 Quand et comment est payée l'indemnité?.....	13
3.4 Subrogation.....	13
<b>4. La vie du contrat.....</b>	<b>14 - 16</b>
4.1 Formation - Durée - Résiliation.....	14
4.2 Vos déclarations et leurs conséquences.....	15
4.3 La cotisation.....	15
<b>5. Dispositions diverses.....</b>	<b>17</b>
5.1 Loi applicable - Tribunaux compétents.....	17
5.2 Langue utilisée.....	17
5.3 Prescription.....	17
5.4 Assurances cumulatives.....	17
<b>6. Information de l'assuré.....</b>	<b>18</b>
6.1 Médiation.....	18
6.2 Démarchage à domicile.....	18
6.3 Vente à distance.....	19

## POUR BIEN SE COMPRENDRE

### **Atteinte à l'intégrité physique et psychique (AIPP) :**

Réduction définitive (après consolidation), médicalement constatable, du potentiel physique, psychosensoriel et/ou intellectuel résultant de l'atteinte à l'intégrité anatomo-physiologique, à laquelle s'ajoutent les souffrances physiques et psychiques permanentes, la perte de qualité de vie et des troubles dans les conditions d'existence au quotidien (personnelles, familiales et sociales).

### **Barème droit commun :**

Barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité, publié par « le concours médical », dans sa parution la plus récente au jour de l'évaluation de l'incapacité auquel se réfèrent les médecins-experts pour établir le taux d'invalidité fonctionnelle dont est atteinte la victime d'un accident, indépendamment de toute répercussion professionnelle.

### **Bénéficiaire en cas de décès :**

Toute personne physique justifiant, du fait d'une relation non professionnelle, avoir subi un préjudice direct du fait du décès d'un assuré.

### **Consolidation :**

La consolidation est la date à partir de laquelle l'état de santé d'un assuré est reconnu compte tenu des connaissances médicales et scientifiques comme ne pouvant plus être amélioré par traitement.

### **Déficit fonctionnel permanent :**

Préjudice découlant de l'atteinte à l'intégrité physique et/ou psychique permanente médicalement constatée, dans ses incidences non économiques, touchant exclusivement à la sphère personnelle de la victime.

### **Dommmages corporels :**

Toute atteinte physique subie par une personne.

### **Échéance anniversaire :**

Date de début d'une période annuelle d'assurance. Elle figure aux Dispositions Particulières.

### **Maladie :**

Toute altération pathologique de la santé constatée par une autorité médicale compétente et n'ayant pour origine ni un accident, ni le fait volontaire de l'assuré ou d'un tiers.

Les infarctus, les hernies, les lumbagos, les sciatiques, les chocs émotionnels et les grossesses à caractère pathologique sont considérés comme des maladies.

### **Nous :**

L'assureur ou les sociétés auxquelles il aurait délégué la gestion de certaines garanties.

### **Proches en cas de décès :**

Pour les postes de préjudices indemnisables en cas de décès de l'assuré, sont considérés comme proches, dans l'ordre de priorité défini ci-après :

- 1) son conjoint non séparé de corps ou de fait, ou la personne vivant maritalement avec lui, ou son partenaire dans le cadre du Pacte Civil de Solidarité (PACS),
- 2) ses enfants légitimes, naturels ou adoptifs et ceux de son conjoint,
- 3) ses parents,
- 4) ses petits-enfants,
- 5) ses frères et sœurs.

### **Sociétaire (souscripteur) :**

Personne désignée sur les Conditions Particulières qui atteste l'exactitude des renseignements nécessaires à la souscription, signe le contrat et s'engage au paiement des cotisations.

**Taux d'atteinte à l'intégrité physique et/ou psychique (taux d'AIPP) :**

Taux d'AIPP déclenchant la garantie.

**Véhicule terrestre à moteur :**

Tout véhicule automoteur destiné à circuler sur le sol et qui peut être actionné par une force mécanique sans être lié à une voie ferrée et dont la conduite est réglementairement soumise à une obligation d'assurance au titre des dommages causés aux tiers.

Est assimilée à un véhicule terrestre à moteur toute remorque même non attelée.

**Vous :**

Selon les cas, le souscripteur ou les personnes assurées.

# 1. Objet du contrat

Ce contrat a été conçu pour vous protéger dans le cas où vous seriez victime de dommages corporels à la suite d'un événement accidentel survenu dans le cadre de votre vie privée.

## 1.1 Personnes assurées

Selon la formule indiquée sur vos Dispositions Particulières, les personnes assurées sont :

### Formule « Solo »

- le souscripteur.

### Formule « Duo »

- même conditions que la formule famille mais dans la limite de 2 personnes assurés.

### Formule « Famille »

- le souscripteur,
- son conjoint non séparé de corps ou de fait, ou la personne vivant maritalement avec lui, ou son partenaire dans le cadre du Pacte Civil de Solidarité (PACS),
- les enfants légitimes, naturels ou adoptifs du souscripteur et de son conjoint, à savoir :
  - les enfants mineurs qui habitent ou non le foyer du souscripteur,
  - les enfants majeurs célibataires, âgés de 18 à 26 ans, qui habitent ou non le foyer du souscripteur, sous condition qu'ils poursuivent des études secondaires ou supérieures y compris dans des filières d'apprentissage, ou en contrat en alternance ou par correspondance,
  - les enfants handicapés physiques ou mentaux titulaires d'une carte d'invalidité et fiscalement à la charge du souscripteur ou à celle de son conjoint.

### Limitations à la qualité d'assuré :

- **Tenant au lieu de résidence :** les personnes assurées désignées ci-dessus ne peuvent être garanties par le présent contrat qu'à la condition d'avoir leur résidence principale en France ou à Monaco, à moins qu'il ne s'agisse d'enfants effectuant des études à l'étranger.
- **Tenant à l'âge de l'assuré :** si, au jour de la souscription du contrat, l'âge de l'assuré est supérieur à 66 ans, la qualité de personne assurée cessera de lui être acquise au plus tard à la date de la première échéance anniversaire du contrat qui suivra son 75<sup>e</sup> anniversaire.

## 1.2 Période de garantie

Pour chaque personne assurée, la période de garantie débute au plus tôt lors de la prise d'effet du contrat et au plus tard lors de l'acquisition de la qualité de personne assurée.

Elle prend fin par l'intervention du premier des éléments suivants :

- la perte de la qualité de personne assurée prévue au paragraphe « Limitations à la qualité d'assuré » de l'article 1.1 « Les personnes assurées » ci-dessus,
- la résiliation du contrat, quelle qu'en soit la cause.

## 1.3 Les événements garantis

Sous réserve que l'accident (fait générateur) ayant provoqué des dommages corporels se soit produit pendant la période de garantie de l'assuré ou pour un accident médical survenu après le 1<sup>er</sup> janvier 2000, que les dommages se manifestent pour la 1<sup>re</sup> fois pendant la période de garantie de l'assuré, le présent contrat couvre les accidents corporels mentionnés ci-après.

Est considéré comme accident toute action, réaction ou résistance d'un élément extérieur à l'assuré et résultant d'un événement soudain, imprévu et qui est extérieur à ce dernier ou, s'il n'est pas extérieur, qui est involontaire.

Est considéré comme accidentel tout dommage résultant d'un accident.

Ne sont pas considérés comme accidentels les dommages causés intentionnellement par l'assuré ou résultant de son état de santé antérieur.

Est considérée comme corporelle toute atteinte de l'assuré qui entraîne son décès ou son incapacité.

Sont également considérés comme des dommages corporels les dommages résultant de :

- l'électrocution, l'hydrocution, la noyade,
- les gelures, les insulations, ou l'asphyxie survenant par suite d'un élément extérieur,
- l'empoisonnement, l'intoxication due à l'absorption par erreur de substances vénééuses ou corrosives ou d'aliments avariés.



Les lésions internes, telles que hernies, accidents cardio-vasculaires, sont assimilées à des atteintes corporelles garanties à la condition qu'elles résultent d'un choc provoqué par un agent extérieur à l'assuré.

### 1.3.1 Les accidents de la vie privée

Il s'agit des accidents survenus à l'occasion de toutes activités exercées à titre privée et plus précisément d'activités domestiques, touristiques, scolaires, de loisirs ou sportives exercées dans ce cadre.

Sont également garantis :

- les accidents dont vous pourriez être victime en qualité de conducteur d'un fauteuil roulant ou d'une tondeuse autoportée,
- les accidents dont vous pourriez être victime en votre qualité de piéton, cycliste lors d'un accident de la circulation survenu à l'étranger et qui implique un véhicule terrestre à moteur,
- les accidents survenus pendant toute la durée des études ou des stages non rémunérés que les enfants assurés effectuent à l'étranger,
- les accidents survenus lors de la pratique d'un sport en qualité d'amateur non rémunéré, à titre personnel ou dans un club (avec ou sans délivrance d'une licence sportive), de façon régulière ou occasionnelle.

Ces événements sont garantis sous réserve des exclusions prévues au chapitre « Les exclusions ».

### 1.3.2 Les accidents subis lors d'événements exceptionnels

Ces événements exceptionnels sont les catastrophes naturelles et technologiques, les émeutes et mouvements populaires.

### 1.3.3 Les accidents dus à des attentats, actes de terrorisme, infractions et agressions

Sont garanties les conséquences subies par l'assuré suite à un attentat, acte de terrorisme, une infraction ou une agression (tels que définis réglementairement) dès lors que l'assuré victime n'a pas pris part intentionnellement à ceux-ci.

### 1.3.4 Les accidents médicaux

Aux termes du présent contrat, sont considérées comme accident médical les conséquences anormales, dommageables pour la santé de l'assuré, indépendantes de son état antérieur et de l'évolution de l'affection en cause, d'actes chirurgicaux, de prévention, de diagnostic, d'exploration ou de traitements pratiqués par des médecins et auxiliaires médicaux ou par des praticiens autorisés à exercer par la réglementation du pays dans lequel a lieu l'acte, lorsque cet acte est assimilable à ceux référencés dans la nomenclature générale des actes professionnels.

Les infections nosocomiales, définies comme celles apparaissant au cours ou à la suite d'une hospitalisation et qui étaient absentes lors de l'admission dans l'établissement de soins, sont également considérées comme des accidents médicaux.

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 1<sup>er</sup> janvier 2000.

Dans tous les cas, la première manifestation des dommages doit avoir été inconnue de l'assuré ou du bénéficiaire avant la souscription du contrat et la prise d'effet de la garantie.

## 1.4 Les préjudices indemnisés

### 1.4.1 Le principe d'indemnisation

La garantie revêt un caractère indemnitaire conforme aux règles du droit commun français.

Elle vise à réparer les postes préjudices énumérés à l'article « Les postes de préjudices indemnisables » ci-après.

### 1.4.2 Les postes de préjudices indemnisables

Les seuls postes de préjudices décrits ci-après sont indemnisables dans la limite des plafonds de garantie prévus au chapitre « Les Limites de garanties ».

Ils sont évalués sur la base du barème droit commun.

En cas d'événement garanti entraînant un taux d'AIPP supérieur ou égal à celui mentionné aux Dispositions Particulières, les préjudices suivants, médicalement justifiés, sont indemnisés :

- les préjudices économiques permanents ; ils sont évalués selon les règles du droit commun et déterminés après consolidation des blessures :
  - **pertes de gains professionnels futurs**, correspondant à la perte ou la diminution des revenus de l'assuré, consécutive à son incapacité permanente partielle ou totale de travailler et résultant soit de la perte de l'emploi antérieurement exercé, soit de l'obligation d'exercer un emploi à temps partiel, sans tenir compte des frais de reclassement professionnel, de formation ou de changement de poste,
  - **frais d'assistance permanente par une tierce personne**, correspondant aux frais engagés ou à engager par l'assuré afin de bénéficier de l'assistance d'une tierce personne du fait d'une atteinte à l'intégrité physique et/ou psychique permanente entraînant une perte de son autonomie et la mettant dans l'obligation de faire appel à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie courante,

# 1. Objet du contrat

- **frais d'aménagement du domicile et/ou du véhicule**, correspondant aux frais engagés par l'assuré afin d'aménager son domicile et/ou son véhicule du fait d'une Atteinte à l'Intégrité Physique ou Psychique permanente nécessitant de tels aménagements.
- **les préjudices non économiques temporaires subis avant consolidation des blessures**
  - **souffrances endurées**, consistant dans les douleurs physiques, psychiques ou morales subies du fait de l'accident et jusqu'à la date de consolidation des blessures.
- **les préjudices non économiques permanents subis après consolidation des blessures**
  - **le déficit fonctionnel permanent**, correspondant au préjudice découlant de l'atteinte à l'intégrité physique et/ou psychique permanente médicalement constatée, dans ses incidences non économiques, touchant exclusivement à la sphère personnelle de la victime,
  - **préjudice esthétique**, correspondant aux disgrâces physiques consécutives à un accident et subsistant définitivement après la consolidation des lésions,
  - **préjudice d'agrément**, correspondant à l'impossibilité ou à la difficulté définitive pour l'assuré de poursuivre de manière aussi régulière et soutenue qu'avant l'accident, les activités sportives, artistiques, culturelles ou de loisirs pratiquées antérieurement,
  - **préjudice sexuel**.

En cas d'événement garanti entraînant un taux d'AIPP de l'assuré inférieur à celui mentionné aux Dispositions Particulières, sont indemnisés les préjudices non économiques suivants, dès lors que leur niveau est médicalement qualifié au moins de « modéré », c'est-à-dire est évalué à 3 ou plus sur une échelle de 1 à 7 :

- temporaires, subis avant consolidation des blessures : les souffrances endurées, consistant dans les douleurs physiques, psychiques ou morales subies du fait de l'accident et jusqu'à la date de consolidation des blessures,
- permanents, subis après consolidation des blessures : le préjudice esthétique permanent, correspondant aux disgrâces physiques consécutives à un accident et subsistant définitivement après la consolidation des lésions.

En cas d'événement garanti entraînant le décès de l'assuré :

En cas de décès de l'assuré directement imputable à un événement garanti, et survenant immédiatement après l'accident garanti ou dans le délai d'un an après celui-ci, nous versons au(x) bénéficiaire(s) une indemnité, au titre des postes de préjudices suivants :

- de la **perte de revenus des proches**, correspondant à la perte ou la diminution de revenus exclusivement liée au décès de l'assuré,
- des **frais d'obsèques** et de sépulture assumés par les proches de la victime à la suite de son décès et qui ont fait l'objet d'une facture,
- les **frais divers des proches**, correspondant aux frais de transports, d'hébergement et de restauration engagés par les proches du fait du décès de l'assuré.
- du **préjudice d'affection**, correspondant aux souffrances affectives ressenties par le ou les bénéficiaires en raison du décès de l'assuré.

## 1.5 Les limites de garantie

### 1.5.1 Les plafonds de garantie

Les indemnités accordées au titre des différents postes de préjudices indemnisables sont calculées selon le principe indemnitaire dans les limites exposées au présent paragraphe.

En cas d'événement garanti entraînant le décès de l'assuré ou une AIPP permanente de l'assuré supérieure ou égale au seuil mentionné aux Dispositions Particulières :

- pour un même événement, le **cumul des indemnités versées** ne peut excéder, tous postes de préjudices confondus, **1 million d'euros par victime**,
- les **frais d'aménagement du domicile et du véhicule** médicalement nécessaires sont pris en charge à concurrence d'un **plafond de 100 000 euros**, par victime et par événement,
- les **frais funéraires** sont remboursés à concurrence d'un **plafond de 5 000 euros**, par assuré décédé,
- les **frais divers des proches** sont remboursés à hauteur de **500 euros maximum** par assuré décédé.

En cas d'événement garanti entraînant une AIPP permanente de l'assuré dont le taux est inférieur à celui mentionné aux Dispositions Particulières :

Pour chaque poste de préjudice indemnisable (souffrances endurées et/ou préjudice esthétique), les indemnités versées ne peuvent excéder **6000 euros**.



### 1.5.2 Les indemnités minimales

En cas d'événement garanti entraînant le décès de l'assuré, le montant de l'indemnité versée au titre de l'ensemble des postes de préjudices indemnifiables (perte de revenu et frais divers des proches, frais d'obsèques et de sépulture, préjudice d'affection) et pour l'ensemble des bénéficiaires, ne pourra pas être inférieure à 45 000 euros.

### 1.6 Territorialité

La garantie s'exerce pour tous les événements garantis survenus :

- en France métropolitaine, dans les départements, régions et collectivités d'Outre-Mer, dans les principautés d'Andorre ou de Monaco,
- dans les territoires des États membres de l'Union Européenne,
- en Suisse, en Islande, au Liechtenstein, à Saint Marin, au Vatican ou en Norvège,
- dans le reste du monde pour les voyages et les séjours n'excédant pas une durée continue de trois mois,
- dans le monde entier, pendant toute la durée des études ou des stages non rémunérés que les enfants assurés effectuent à l'étranger.

## 2. Exclusions

Sont exclus du bénéfice des garanties les bénéficiaires qui ont intentionnellement provoqué l'événement garanti ou participé volontairement à la réalisation de celui-ci.

Dans tous les cas, est exclue la perte de revenus liée aux conséquences indirectes du décès sur les bénéficiaires.

Sont exclus les dommages corporels :

- intentionnellement causés ou provoqués par l'assuré ou avec sa complicité,
- consécutifs à un pari entraînant une prise de risque inconsidérée de la part de l'assuré,
- résultant de la participation volontaire de l'assuré à un crime, un délit, à un acte de vandalisme, à une agression, émeute, attentat, acte de terrorisme, à des mouvements populaires ou à une rixe ne relevant pas d'un cas de légitime défense ou d'assistance à personne en danger,
- subis à l'occasion d'activités professionnelles, d'activités rémunérées ou dans l'exercice de fonctions publiques, électives ou syndicales ou d'accidents de trajets tels que définis par le Code de la sécurité sociale,
- résultant de la pratique rémunérée de sports ou de la pratique de sports à titre professionnel,
- causés par une maladie, ses suites et ses conséquences, n'ayant pas pour origine un accident garanti,
- survenant alors que l'assuré est sous l'emprise de stupéfiants non prescrits médicalement, de médicaments de nature à modifier son comportement, ou d'un état alcoolique correspondant à une infraction relevant du Code de la route en vigueur en France, sauf s'il est établi que l'accident est sans rapport avec cet état,
- résultant de la conduite par l'assuré d'un véhicule terrestre à moteur autre qu'un fauteuil roulant électrique ou une tondeuse autoportée,
- subis par l'assuré alors qu'il était passager d'un véhicule terrestre à moteur à deux, trois ou quatre roues,
- résultant d'un accident de circulation impliquant un véhicule terrestre à moteur, à l'exception des accidents survenus à l'étranger lorsque l'assuré a la qualité de piéton ou de conducteur d'une bicyclette,
- résultant d'expérimentations biomédicales,
- occasionnés par une guerre civile ou étrangère,
- dus aux effets directs ou indirects d'une explosion, d'un dégagement de chaleur, d'une irradiation provenant de la transmutation de noyaux d'atomes ou de la radioactivité, ou de radiations provoquées par l'accélération artificielle de particules.

Pour les sinistres relevant des garanties d'assistance, l'ensemble des règles applicables, y compris les délais et les modalités de déclaration sont indiqués dans les chapitres relatifs à ces garanties.

## 3.1. Vos obligations

### 3.1.1. Que devez-vous faire en cas de sinistre ?

Vous devez :

- nous informer de la survenance de l'événement assuré (sinistre) dans les 5 jours ouvrés à partir du moment où vous en avez eu connaissance.

Par dérogation, en cas de décès, le ou les bénéficiaires doi(ven)t nous le déclarer dans les 30 jours ouvrés à compter de la date à laquelle ils en ont eu connaissance.

**Si ces délais ne sont pas respectés, sauf cas fortuit ou de force majeure, la garantie ne sera pas acquise, dès lors que nous justifions que ce retard nous a causé un préjudice,**

- nous déclarer, dans les 10 jours qui suivent votre déclaration de sinistre, toutes autres assurances à caractère indemnitaire qui peuvent permettre la réparation de tout ou partie des préjudices garantis par le présent contrat.
- nous transmettre dès réception tous avis, correspondances ou actes judiciaires se rapportant au sinistre. Ces déclarations sont à adresser par écrit à

CMAM Service Indemnisation  
22 rue du Docteur Nève  
55000 BAR-LE-DUC

### 3.1.2. Quels renseignements devez-vous nous faire parvenir ?

Dans votre déclaration de sinistre, vous devez préciser :

- le lieu, les causes et circonstances de l'accident,
- les conséquences connues ou supposées,
- les noms et adresses des témoins, s'il y a lieu.

Et nous fournir dès que vous en disposerez :

- tous les documents nécessaires à l'évaluation des dommages et au calcul des indemnités que nous pourrions être amenés à vous verser ; tels que les certificats médicaux dont vous disposez déjà ou qui vous seraient fournis par la suite,
- en cas de décès : l'acte de décès, une fiche familiale d'état-civil, un certificat médical précisant la cause du décès et, si besoin l'origine de cette cause, une copie du rapport de police ou de gendarmerie s'il en a été établi un.

**Sous peine de réduction du droit à indemnité proportionné au préjudice que ce manquement nous aurait causé, vous ou vos ayants droit devrez nous fournir tous documents et vous soumettre à toute expertise que nous solliciterons. L'assuré ou le bénéficiaire d'une indemnité qui emploie ou produit intentionnellement des moyens, documents, ou déclarations inexacts ou frauduleux sera déchu de tout droit à garantie pour le sinistre en cause.**

## 3.2. Procédure d'évaluation des postes de préjudice indemnissables

### 3.2.1. Expertise médicale et contrôle

L'appréciation des préjudices subis par l'assuré sera effectuée, à nos frais par un médecin de notre choix, chaque fois que cela est nécessaire afin d'évaluer le préjudice. Ce médecin doit avoir libre accès auprès de l'assuré et peut lui demander tout renseignement ou document qu'il juge utiles. Dans le cas où l'assuré ne peut se déplacer, le médecin missionné doit avoir accès à son lieu de résidence.

Sauf opposition justifiée, l'assuré ne saurait se prévaloir du secret médical pour refuser de répondre aux demandes de notre expert.

**Sous peine de déchéance, l'assuré devra lui communiquer ces informations, soit directement sous pli confidentiel soit par l'intermédiaire de son médecin, et se soumettre à toute expertise médicale éventuelle.**

L'assuré doit toujours indiquer à l'assureur l'adresse où il peut être joint et signaler tout changement d'adresse.

En cas d'accident survenu hors de France, l'assuré est tenu de faire élection de domicile en France pour toute contestation d'ordre médical ou pour toute action judiciaire survenant à l'occasion d'un sinistre.

**L'organisation et le résultat de l'expertise ci-dessus ne préjugent pas de l'application de la garantie ni du droit à indemnisation.**

De convention expresse, l'assuré nous reconnaît le droit de subordonner la mise en jeu de la garantie au respect de la présente procédure d'expertise.

En cas de refus de l'assuré de participer aux opérations d'expertise, nous pourrions nous opposer à la mise en jeu de la garantie.

### 3.2.2. Le déroulement de l'expertise médicale

En cas d'incapacité permanente directement imputable à un événement garanti.

Le taux d'AIPP subsistant après la consolidation des blessures est évalué par un médecin expert suivant la procédure exposée ci-avant.

Outre une éventuelle vérification de la cause de l'accident et de son caractère accidentel avec les dommages constatés, le médecin expert apprécie si vous avez, du fait de l'accident garanti, besoin de l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes essentiels de la vie courante. Il en fixe la durée et la nature.

Le médecin expert qualifie et quantifie les souffrances endurées (*pretium doloris*) jusqu'à la date de consolidation des blessures et l'éventuel préjudice esthétique.

Il donne un avis médical sur la répercussion des séquelles dans l'exercice des activités sportives ou de loisirs effectivement pratiquées antérieurement à l'accident.

Lors de l'expertise médicale, l'assuré peut se faire assister par un médecin de son choix dont les frais et honoraires resteront à sa charge exclusive.

### 3.2.3. En cas de désaccord

En cas de désaccord sur les conclusions du médecin expert que nous avons désigné, le différend est soumis à une expertise amiable avant tout recours à la voie judiciaire.

Chacun de nous choisit un médecin expert devant régler le différend.

À défaut d'accord entre eux, ceux-ci s'adjoignent un troisième expert et tous trois opèrent en commun et à la majorité des voix.

À défaut de nomination d'un expert par l'un d'entre nous dans les 15 jours de la mise en demeure par l'autre partie, ou à défaut d'accord entre les médecins experts sur le nom du tiers expert, la désignation est effectuée par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de la victime.

Cette nomination est faite sur simple requête signée des deux parties ou de l'une d'entre elles, l'autre partie étant alors convoquée par lettre recommandée.

Les trois médecins opèrent en commun et à la majorité des voix.

Chaque partie paie les frais et honoraires de l'expert qu'il a désigné.

Les honoraires du tiers expert sont supportés à parts égales par les deux parties.

### 3.2.4. La détermination des indemnités

Dans tous les cas, les indemnités sont évaluées en fonction du taux déterminé par expertise et par référence au droit commun, qui s'entend des règles applicables en France pour l'évaluation des préjudices corporels selon le principe indemnitaire (et non forfaitaire) qui prend en compte la situation personnelle de l'assuré et/ou du bénéficiaire (sexe, âge, activité professionnelle, revenus, situation familiale, personnes à charge...) et se réfère aux indemnités habituellement allouées aux victimes par les tribunaux français.

Dans tous les cas, elles sont évaluées dans la limite des plafonds de garantie prévus au chapitre « Les limites de garantie ».

En cas d'aggravation de l'état séquellaire de l'assuré victime directement imputable à un événement garanti, de nature à modifier les conclusions médicales qui ont servi de base à l'indemnisation initiale, vous aurez droit à une nouvelle indemnisation a minima lorsqu'une différence de taux d'atteinte à l'intégrité physique et/ou psychique est constatée.

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

- soit le taux d'atteinte à l'intégrité physique et/ou psychique était inférieur au seuil de déclenchement de la garantie, mais suite à l'aggravation le taux d'atteinte à l'intégrité physique et/ou psychique dépasse ce seuil, alors la victime doit être indemnisée pour la globalité de son préjudice et non pas le seul différentiel.

Il est rappelé qu'y compris en cas d'aggravation, le cumul des indemnités successives ne pourra en aucun cas dépasser le plafond de garantie prévu au chapitre « Les limites de garantie » au jour de l'accident.

- soit l'assuré a été indemnisé une première fois car son taux d'atteinte à l'intégrité physique et/ou psychique dépassait le seuil de déclenchement; il doit alors recevoir un complément égal au différentiel multiplié par le coût du point d'atteinte à l'intégrité physique et/psychique final (calcul droit commun).

Y compris en cas d'aggravation, le cumul des indemnités successives ne peut pas dépasser le plafond de garantie prévu au chapitre « Les limites de garantie » au jour de l'accident.

#### En cas de décès de l'assuré

Les éventuelles pertes de revenus des proches et les préjudices d'affection subis par le(s) bénéficiaire(s) sont évalués conformément au présent chapitre.

Les frais d'obsèques et de sépulture réellement déboursés par les proches pour les obsèques de l'assuré décédé sont évalués, sur présentation des factures acquittées.

Si le décès de l'assuré ouvrant droit au paiement d'indemnités survient après paiement de tout ou partie d'une indemnité au titre d'AIPP permanente subie par l'assuré avant son décès et relevant du même fait générateur, les indemnités dues au titre de la garantie décès seront versées déduction faite des sommes déjà réglées au titre des préjudices subis. Si ces indemnités sont supérieures à celles qui auraient été dues au titre du décès, elles restent acquises aux bénéficiaires.

#### Non-cumul des prestations

Nous vous indemnisons toujours sous déduction des prestations versées par les organismes sociaux ou de tous tiers payeurs au titre des postes de préjudices pris en charge par le présent contrat.

Notre indemnisation ayant un caractère indemnitaire, elle ne se cumule pas avec les autres prestations de caractère indemnitaire perçues ou à percevoir par l'assuré ou les bénéficiaires au titre des mêmes chefs de préjudices, d'un tiers responsable et/ou de son assureur, de tout tiers payeur ou d'un fonds de garantie et notamment de l'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux (ONIAM), du Fonds de Garantie des victimes d'acte de Terrorisme et d'autres Infractions (FGTI) ou du fonds de garantie des assurances obligatoire de dommages, ou de tout autre organisme.

Vous vous engagez à porter à notre connaissance ces prestations dès qu'elles sont notifiées par leur débiteur et qu'elles ont été acceptées par vous. Elles viennent en déduction de l'indemnité due et nous vous versons un complément s'il y a lieu.

Si nous avons déjà réglé l'indemnité due au titre du présent contrat et que celle-ci compensait intégralement votre préjudice, les dispositions du chapitre « Subrogation » s'appliqueront.

### 3.3. Quand et comment est payée l'indemnité ?

#### Offre d'indemnisation

Lorsque la garantie est acquise, et sous réserve que la victime ou les bénéficiaires nous aient communiqué l'état des prestations perçues ou à percevoir dans ce délai, nous vous adresserons une offre définitive d'indemnisation dans un délai de trois mois suivant la date à laquelle nous avons été informés de la consolidation ou du décès de l'assuré.

Dans le cas où la consolidation n'est pas intervenue dans un délai de huit mois suivant la déclaration de l'accident, et si le médecin expert estime que le taux d'AIPP permanente directement imputable à l'accident garanti sera au moins égale au seuil d'AIPP permanente mentionné sur vos Dispositions Particulières, une offre provisionnelle vous sera faite dans le mois suivant la réception par nos soins du rapport de l'expertise médicale.

#### Paiement de l'indemnité

Le paiement des sommes convenues sera effectué dans un délai d'un mois à partir de la réception de votre acceptation de l'offre.

L'indemnité est versée sous forme de capital à l'assuré victime ou, s'il s'agit d'un enfant mineur, à ses représentants légaux sur un compte bloqué au nom de l'enfant.

Si l'assuré a déclaré bénéficiaire d'autres contrats d'assurance à caractère indemnitaire susceptibles de permettre réparation de tout ou partie des postes de préjudices garantis par le présent contrat, les dispositions du paragraphe « Assurances cumulatives » du chapitre « Dispositions diverses » dans « La vie du contrat » s'appliqueront.

### 3.4. Subrogation

Conformément à la réglementation en vigueur, nous sommes subrogés, jusqu'à concurrence des indemnités versées, dans les droits et actions de l'assuré ou des bénéficiaires contre tout responsable de l'accident et son assureur à hauteur des sommes que nous avons versées au titre du présent contrat.

La garantie ne jouera plus en votre faveur ou celle des bénéficiaires si, de votre fait ou de leur fait, nous ne pouvons plus exercer ce recours pour récupérer les indemnités déjà versées.

## 4. La vie du contrat

### 4.1. Formation - Durée - Résiliation

#### 4.1.1. Effet du contrat et des garanties

Les garanties prennent effet à la date indiquée dans vos Dispositions Particulières sous réserve de l'encaissement effectif et de l'absence de renonciation au mode de paiement par mandat SEPA de la première cotisation, et au plus tôt le jour suivant la date de conclusion du contrat à 0 heure.

#### 4.1.2. Durée du contrat

Le contrat est conclu pour la durée initiale indiquée aux Dispositions Particulières.

Il se renouvelle d'année en année par tacite reconduction à chaque échéance anniversaire, sauf résiliation par l'une des parties ou de plein droit.

#### 4.1.3. Résiliation du contrat

Le contrat peut être résilié par vous\* (article L113-14 du Code des assurances) :

- soit par déclaration faite contre récépissé au siège de l'assureur ou chez l'intermédiaire désigné aux Dispositions Particulières,
- soit par lettre recommandée,
- soit par acte extrajudiciaire.

Le contrat peut être résilié par nous par lettre recommandée adressée à votre dernier domicile connu.

Dès lors, il peut être mis fin au contrat dans les circonstances et conditions décrites ci-après.

#### Par vous et nous :

- faculté annuelle de résiliation (article L113-12 du Code des assurances).  
Cette résiliation doit être mise en œuvre au plus tard 2 mois avant l'échéance anniversaire prévue aux Dispositions Particulières et prendra effet le jour de cette échéance à 0 heure,
- changement de domicile, de situation matrimoniale, de profession, retraite ou cessation d'activité professionnelle lorsque le contrat a pour objet la garantie de risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle (article L113-16 du Code des assurances).  
La demande de résiliation doit être formulée dans les 3 mois qui suivent la date de l'événement en cause et prendra effet un mois après l'envoi du courrier de résiliation.

#### Par vous :

- en cas d'augmentation de tarif pour des motifs à caractère technique ; vous pouvez résilier votre contrat dans le mois qui suit la date où vous avez eu connaissance de cette augmentation.  
La résiliation prendra alors effet 1 mois après l'envoi de la lettre de résiliation et la part de cotisation pour la période effective de garantie restant due, sera calculée sur la base du tarif précédent,
- en cas de diminution du risque, si nous ne réduisons pas votre cotisation en conséquence (article L113-4 du Code des assurances).  
Vous pouvez résilier dès que vous avez eu connaissance de notre refus de réduire votre cotisation ; cette demande prendra effet 1 mois après l'envoi de la lettre de résiliation,
- en cas de résiliation par nous d'un autre de vos contrats après sinistre (article R113-10 du Code des assurances).  
Vous pouvez résilier le présent contrat dans le mois qui suit l'envoi de notre lettre de résiliation de cet autre contrat ; le cas échéant la résiliation prend effet 1 mois après l'envoi de la lettre de résiliation.

#### Par nous :

- en cas de non-paiement des cotisations (article L113-3 du Code des assurances).  
Conformément au chapitre « Quand devez-vous payer la cotisation ? », la résiliation intervient 40 jours après l'envoi de notre lettre de mise en demeure,
- en cas d'aggravation du risque (article L113-4 du Code des assurances),
- en cas d'omission ou d'inexactitude des déclarations à la souscription ou en cours de contrat constatée avant tout sinistre (article L113-9 du Code des assurances),
- suite à un sinistre (article R113-10 du Code des assurances).  
Nous pouvons résilier le contrat par lettre recommandée ; la résiliation intervient alors 1 mois après l'envoi de la lettre de résiliation.

#### Résiliation de plein droit :

- retrait total de l'agrément de notre société.  
La résiliation intervient le 40<sup>e</sup> jour à midi après la publication du Journal Officiel de l'arrêté prononçant le retrait de l'agrément administratif de notre société,
- plus aucune personne assurée ne remplit les conditions requises pour la qualité d'assuré (ex. : ne réside plus en France) :  
La résiliation produit ses effet au jour où la dernière personne assurée cesse de remplir lesdites conditions.



## 4.2. Vos déclarations et leurs conséquences

### 4.2.1. Vos déclarations :

Le contrat est établi d'après vos réponses aux questions que nous vous avons posées, rappelées aux Dispositions Particulières et la cotisation est fixée en conséquence.

#### À la souscription du contrat

Vous devez avoir répondu exactement à l'ensemble de nos questions et demandes de renseignements. Les réponses à nos questions sont reproduites dans les Dispositions Particulières du contrat.

#### En cours de contrat

Vous devez nous déclarer par écrit, dans les 15 jours qui suivent la date à laquelle vous en avez eu connaissance, tout événement qui rendent inexacts ou caduques les réponses à nos questions reproduites aux Dispositions Particulières.

**L'inobservation de ce délai, si elle nous cause un préjudice, entraîne la perte de tout droit aux garanties liées à la modification, ou l'application des règles relatives aux omissions ou fausses déclarations.**

Si ces modifications constituent une aggravation de risques, nous pouvons :

- soit résilier le contrat dix jours après sa notification, avec remboursement de la cotisation afférente à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru,
- soit vous proposer un nouveau montant de cotisation. Dans ce cas, si dans le délai de 30 jours à compter de notre proposition, vous n'y donnez pas suite ou la refusez expressément, nous pourrions résilier le contrat.

Si ces modifications constituent une diminution de risque, nous diminuerons la cotisation en conséquence; à défaut, vous pouvez résilier le contrat moyennant un préavis de 30 jours, et nous vous rembourserons la portion de cotisation afférente à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru (article L113-4 du Code des assurances).

#### Par suite de modification du risque

Les modifications du contrat résultant de vos déclarations sont régies par le chapitre « Les déclarations et leurs conséquences ».

Il peut s'agir d'une aggravation ou d'une diminution du risque ou de l'adjonction d'un nouveau risque.

Ces modifications donnent lieu à l'établissement d'un avenant précisant sa date d'effet ainsi que les nouvelles conditions contractuelles.

Cet avenant précisera également si la cotisation est modifiée et quel en est alors le nouveau montant.

### 4.2.2. Modification à l'initiative de l'assureur

À chaque échéance anniversaire, nous pouvons vous proposer de modifier le contrat, la modification consistant notamment en une majoration des cotisations (conformément au chapitre « La cotisation »), une révision des franchises ou la modification des garanties.

Dans ce cas, vous serez informé par écrit des modifications apportées ou susceptibles d'être apportées à vos droits et obligations, avant la date prévue de leur prise d'effet.

Les modifications s'appliqueront lors du renouvellement du contrat sous réserve de votre consentement.

Votre consentement peut être prouvé par tout moyen de droit.

De convention expresse, ce consentement est réputé acquis par le paiement sans réserve de la cotisation faisant suite à ces modifications, de même qu'en cas de prélèvement bancaire n'ayant soulevé ni réserve ni opposition de votre part auprès de nous dans les trente jours suivant son exécution.

En cas de refus d'une modification, vous pouvez demander la résiliation du contrat dans les 30 jours à compter de l'envoi de notre proposition, la résiliation prenant effet à la date d'échéance anniversaire du contrat

## 4.3. La cotisation

La caisse est à cotisations variables, celles-ci sont déterminées conformément aux statuts et payables aux dates et lieux fixés. Ce lieu de paiement est le siège de la caisse ou le domicile du mandataire désigné éventuellement par elle à cet effet. La cotisation globale est fixée aux Conditions Particulières. Elle est exprimée en euros, et comprend la cotisation nette (afférente au risque) hors taxe, les frais accessoires ou coûts fixes, les taxes et les charges parafiscales.

Elle est fixée d'après vos réponses aux questions que nous vous avons posées reproduites aux Conditions Particulières et tient compte de la formule que vous avez choisie.

La cotisation totale est due par le souscripteur.

Seule la part de cotisation nette et les taxes correspondantes ainsi que les charges parafiscales récupérables auprès des administrations concernées peuvent faire l'objet d'un remboursement en cas d'avenant, notamment en cas de résiliation autre que pour non-paiement, entraînant une ristourne.

## 4. La vie du contrat

### 4.3.1. Variation de la cotisation

En cours de période d'assurance, la cotisation peut varier en cas de modifications du contrat, notamment en cas de changement de formule ou de modification du taux d'atteinte à l'intégrité physique et/ou psychique. L'avenant de modification précise alors le montant de la cotisation supplémentaire ou de la ristourne.

Il sera fait application conforme des dispositions réglementaires modifiant le taux ou l'assiette de la taxe sur les conventions d'assurance ou instaurant ou modifiant une charge parafiscale.

### 4.3.2. Modification du tarif

Si pour des raisons techniques, nous modifions le tarif applicable au présent contrat, la cotisation est calculée en fonction du nouveau tarif dès la première échéance annuelle qui suit cette modification.

Dans ce cas, vous pouvez résilier le contrat dans les conditions énoncées à l'article « 4.1.3 Résiliation du contrat ».

Nous aurons droit dans ce cas à la portion de cotisation, calculée sur les bases de l'ancien tarif, au prorata du temps écoulé entre la date de la dernière échéance et la date d'effet de la résiliation.

De convention expresse, le paiement de la cotisation majorée vaut acceptation irrévocable de la majoration proposée.

La possibilité de résiliation ci-dessus ne s'applique pas en cas d'augmentation des taxes et charges parafiscales ou de tout autre élément de la cotisation qui serait ajouté en application de dispositions légales.

### 4.3.3. Paiement de la cotisation

La cotisation et ses accessoires, ainsi que les taxes et charges parafiscales y afférents, sont à payer au plus tard dix jours après la date d'échéance indiquée aux Conditions Particulières.

Le paiement de la cotisation est effectué auprès de l'organisme auquel nous avons délégué l'encaissement.

Le paiement de la cotisation s'exécute annuellement par chèque, ou mensuellement par prélèvement bancaire.

Le changement de périodicité de paiement est possible à chaque échéance anniversaire du contrat, sous réserve que la demande nous parvienne 2 mois à l'avance.

Le paiement et l'encaissement de cotisations inexactes ou partielles ne sauraient valoir délivrance ou maintien des garanties.

### 4.3.4. Conséquences du non-paiement de la cotisation

À défaut du paiement de votre cotisation dans ce délai, nous adresserons à votre dernier domicile connu, une lettre recommandée de mise en demeure qui entraînera :

- la suspension des garanties de votre contrat si vous ne payez pas l'intégralité de la cotisation totale restant due à l'expiration d'un délai de 30 jours,
- la résiliation du contrat si le paiement de l'intégralité de la cotisation totale restant due n'est toujours pas intervenu dans les dix jours suivants la suspension.

Dans ce cas, la portion de cotisation relative à la période postérieure à la date d'effet de la résiliation nous sera acquise à titre de dommages et intérêts et nous pourrions en poursuivre le recouvrement. S'y ajouteront les frais de recouvrement et les intérêts de retard qui seront à votre charge.

Après mise en demeure, le paiement doit être effectué à notre siège ou auprès de tout mandataire que nous aurions chargé du recouvrement.

L'encaissement de la prime postérieurement à la résiliation ne vaut pas renonciation à se prévaloir de la résiliation déjà acquise. Toute renonciation à une résiliation (acquise ou non) et toute remise en vigueur éventuelle du contrat restent soumis à notre accord exprès, matérialisé par un avenant de remise en vigueur.

### 4.3.5. Paiement fractionné de la cotisation

Si vous avez souhaité régler votre cotisation par prélèvement, celui-ci sera mis en œuvre selon un échéancier mensuel.

Celui-ci cessera dès qu'un prélèvement sera refusé par votre établissement bancaire.

L'intégralité de la cotisation annuelle, déduction faite des fractions de cotisation déjà réglées, sera alors immédiatement exigible.

Le mode de paiement annuel sera alors prévu pour les cotisations ultérieures.

En cas de non-paiement du solde de la cotisation, nous pourrions en poursuivre le recouvrement comme indiqué au paragraphe « 4.3.4 Conséquences du non-paiement de la cotisation ».

### 4.3.6. Résiliation du contrat en cours de période d'assurance ?

En cas de résiliation du contrat en cours de période d'assurance pour un motif autre que le non-paiement des cotisations, la réalisation du risque, ou l'annulation du contrat pour fausse déclaration, la part de cotisation correspondant à la période non courue vous sera restituée ainsi que les taxes y afférentes.

En revanche, les charges parafiscales non remboursables ainsi que les frais accessoires fixes seront conservés.

La ristourne sera calculée en tenant compte de l'ensemble des primes émises au titre du contrat, que celles-ci aient été encaissées ou non. Si des primes demeurent impayées, la ristourne sera prioritairement réglée par compensation avec ces primes et nous pourrions poursuivre le recouvrement d'un éventuel solde après compensation.

## 5.1. Loi applicable - Tribunaux compétents

Les relations précontractuelles et contractuelles sont régies par le droit français.

Toute action judiciaire relative au présent contrat relèvera de la seule compétence des juridictions françaises.

## 5.2. Langue utilisée

La langue utilisée dans le cadre des relations contractuelles et précontractuelles est la langue française.

## 5.3. Prescription

Conformément aux articles L114-1, L114-2, et L114-3 du Code des assurances, toute action 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.

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

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré (article L114-1).

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 L114-2).

Par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci (article L114-3).

Conformément à la « Section 3 : des causes d'interruption de la prescription » du Code civil :

« La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription » (article 2240).

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

Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure (article 2241).

L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance (article 2242).

L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée (article 2243).

Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée (article 2244).

L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers. En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu.

Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers (article 2245).

L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution (article 2246).

## 5.4. Assurances cumulatives

Conformément à l'article L121-4 du Code des assurances, lorsque plusieurs assurances pour un même intérêt, contre un même risque, sont contractées sans fraude par un même souscripteur, chacune d'elles produit ses effets dans les limites des garanties du contrat quelle que soit la date à laquelle elle a été souscrite, sans que l'indemnité ainsi due ne puisse excéder le préjudice subi. Dans ces limites, et comme prévu au point 3 « Règles de non cumul des prestations » de l'article « Comment sont évalués les Préjudices ? » du chapitre « Le sinistre » vous pouvez vous adresser à l'assureur de votre choix. Lorsque ses assurances sont contractées de manière dolosive ou frauduleuse, les sanctions prévues à l'article L 121-3 du Code des assurances (nullité du contrat ainsi que dommages et intérêts) sont applicables.

## 6. Information de l'assuré

### 6.1 Médiation

En cas de difficulté de l'assuré avec l'assureur, si la réponse de son interlocuteur habituel ne le satisfait pas, l'assuré peut adresser sa réclamation au siège social de l'assureur. Si le désaccord persiste après la réponse du siège social, l'assuré peut sans préjudice pour lui d'intenter une action en justice, demander l'avis du médiateur : les conditions d'accès à ce médiateur lui seront communiquées sur simple demande faite au siège social de l'assureur. Nous vous précisons cependant que le médiateur ne peut être saisi qu'après que notre cellule qualité a été saisie de votre demande et y a apporté une réponse.

**La saisine du médiateur n'est possible que dans la mesure où votre demande n'a pas été soumise à une juridiction.**

#### Examen des réclamations

Pour toute question relative à la gestion de votre contrat, vos cotisations ou encore vos sinistres, adressez-vous prioritairement à votre interlocuteur habituel qui est en mesure de vous fournir toutes informations et explications.

Si vous ne recevez pas une réponse satisfaisante, vous pouvez adresser une réclamation écrite (mentionnant les références du dossier concerné et accompagnée d'une copie des éventuelles pièces justificatives) à :

**CMAM - Service Qualité**  
22, rue du Docteur Nève  
55001 BAR-LE-DUC Cedex

Nous accusons réception de votre demande dans les 10 jours de sa réception et vous précisons le délai prévisible de traitement de celle-ci. Si vous avez souscrit votre contrat par le biais d'un intermédiaire et que votre demande relève de son devoir de conseil et d'information ou concerne les conditions de commercialisation de votre contrat, votre réclamation doit être exclusivement adressée à cet intermédiaire.

**La procédure ci-dessus ne s'applique pas si une juridiction a été saisie du litige que ce soit par vous ou par nous.**

### 6.2. Démarchage à domicile

Conformément à l'article L112-9 du Code des assurances, « toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités ».

**Le contrat est réputé conclu au jour de la signature de la demande de souscription.**

Le délai de renonciation expire donc le quatorzième jour à 24 heures qui suit le jour de signature de la demande de souscription. S'il expire un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il n'est pas prorogé. Si les conditions précitées sont réunies, et sous réserve des autres dispositions de l'article L112-9 du Code des assurances, vous pouvez renoncer au présent contrat en adressant votre demande de renonciation par lettre recommandée avec avis de réception à :

**CMAM**  
22, rue du Docteur Nève  
55000 BAR-LE-DUC

L'exercice de cette faculté de renonciation entraîne la résiliation du contrat à compter de la date de réception de la lettre recommandée. Si vous exercez cette faculté de renonciation, vous ne pouvez être tenu qu'au paiement de la partie de prime correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru. Toutefois, l'intégralité de la prime reste due à l'assureur si vous exercez votre faculté de renonciation alors qu'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat et dont vous n'avez pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation. Nous attirons votre attention sur le fait que vous perdez cette faculté de renonciation si vous avez connaissance d'un sinistre survenu pendant le délai de quatorze jours précités.

La demande de renonciation peut être faite suivant le modèle de lettre inclus ci-contre.

Modèle de lettre de renonciation démarchage à domicile :

Nom ..... Prénom .....  
Adresse .....  
N° du contrat : XXXXXXXX ACCIDENTS DE LA VIE  
Montant de la cotisation déjà acquitté ..... €

Messieurs,

Conformément aux dispositions de l'article L112-9 du Code des assurances, j'entends par la présente renoncer au contrat d'assurance cité en références que j'ai souscrit en date du .....

Je souhaite donc qu'il soit résilié à compter de la date de réception de la présente lettre.

Je vous prie d'agréer, Messieurs, l'expression de mes salutations distinguées.

Fait à ..... le ....., Signature du souscripteur

### 6.3. Vente à distance

Les dispositions ci-après s'appliquent aux contrats exclusivement conclus à distance au sens des articles L112-2-1 du Code des assurances, c'est-à-dire, exclusivement conclus au moyen de « une ou plusieurs techniques de communication à distance jusqu'à, et y compris, la conclusion du contrat ».

#### Droit de renonciation

Conformément à l'article L 112-2-1 II du Code des assurances, le souscripteur peut renoncer au présent contrat dans un délai de 14 jours calendaires révolus à compter de la date de sa conclusion ou à compter du jour où le souscripteur reçoit les conditions contractuelles et les informations, conformément à l'article L.121-28 du Code de la consommation, si cette dernière date est postérieure à celle de la conclusion du contrat.

Si le souscripteur a demandé que le contrat commence à être exécuté avant l'expiration du délai de renonciation, l'assureur sera alors en droit de conserver une fraction de la cotisation que le souscripteur a réglée correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru.

La demande de renonciation doit être adressée à :

**CMAM**  
22, rue du Docteur Nève  
55000 BAR-LE-DUC

et peut être faite suivant le modèle de lettre inclus ci-dessous.

Modèle de lettre type de renonciation en cas de vente à distance :

Nom ..... Prénom .....

Adresse .....

N° du contrat : XXXXXXXX ACCIDENTS DE LA VIE

Montant de la cotisation déjà acquitté ..... €

Messieurs,

Conformément aux dispositions de l'article L 112-2-1 du Code des assurances, j'entends par la présente renoncer au contrat d'assurance cité en références que j'ai souscrit en date du .....

Je souhaite donc qu'il soit résilié à compter de la date de réception de la présente lettre.

Je vous prie d'agréer, Messieurs, l'expression de mes salutations distinguées.

Fait à ..... le ....., Signature du souscripteur

#### Réglementation

Le contrat Garantie Accidents de la Vie est soumis au droit français.

#### Autorité de contrôle

L'autorité chargée du contrôle de l'entreprise d'assurance qui accorde les garanties prévues par le présent contrat, est :

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

61 rue Taitbout - 75436 PARIS Cedex 09

#### L'assureur

CMAM - 22, rue du Docteur Nève - CS 40056 55001 BAR-LE-DUC Cedex

Société d'Assurances Mutuelles à cotisations variables régie par le Code des assurances - SIRET 31176730500064



**CMAM**

l'assureur de proximité

**Siège social :**

22 rue du D<sup>r</sup> Nève - C.S. 40056

55001 BAR-LE-DUC CEDEX

Tél. : 03 29 79 30 79 - Fax : 03 29 79 60 49

E-mail : [accueil@cmam.fr](mailto:accueil@cmam.fr)

[www.cmam.fr](http://www.cmam.fr)