

Protection des Accidents de la Vie Courante

Demande d'adhésion



PRÆCONIS
DÉVELOPPEMENT MUTUALISÉ

Protection des Accidents de la Vie Courante (PAVC)

PRAECONIS
DÉVELOPPEMENT MUTUALISÉ

PRAECONIS SAS au Capital de 195 000 €
N° Orias : 10 058 426 - N° de RCS 527 879 415
Société de courtage d'assurances soumise
au contrôle de l'ACPR. Garantie Financière et R.C.
conformes au Code des assurances.
6 rue Paul Morel - BP 80283 - 70006 Vesoul Cedex

Demande d'adhésion à Protection des Accidents de la Vie Courante, contrat d'assurance collectif à adhésion facultative souscrit par l'Association de Développement de la Prévoyance des Régions Françaises (ADPRF), enregistrée à la Préfecture du Territoire de Belfort sous le n°W901002184, ci-après dénommée "le Souscripteur", auprès de la Mutuelle Médico-Chirurgicale (MMC), Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, enregistrée auprès du Secrétaire Général du Conseil Supérieur de la Mutualité sous le N° 778542852, dont le siège social est sis au 6 rue Paul Morel, BP 80283, 70006 Vesoul Cedex, dénommée "l'Assureur". L'autorité chargée du contrôle de la Mutuelle MMC est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), située 61 rue Taibout 75436 PARIS CEDEX 09. Toutes les actions relatives au présent contrat sont prescrites par un délai de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance conformément à l'article L221-11 du Code de la mutualité.

(1^{er} et 2^{ème} feuillet à retourner à PRAECONIS / 3^{ème} feuillet à conserver par l'adhérent)

MENTIONS LÉGALES

Adhésion réalisée dans le cadre d'un système de commercialisation

- en agence hors établissement
 à distance (web) par démarchage téléphonique

■ Adhésion saisie en WEB/EDI

CACHET DE L'ASSUREUR CONSEIL :

N° ORIAS :

Nouvelle adhésion Avenant

Date d'effet : 0 1

Adhérent (Souscripteur)

<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme. <input type="checkbox"/> Mlle.	Date de Naissance : / /	Lieu de naissance :
Nom :	Nom de naissance :	Prénom :
Profession :		
Adresse :		
Code postal :	Ville :	
Téléphone :	Portable :	e-mail :
N° de Sécurité Sociale : <input type="text"/>	Régime <input type="text"/>	Organisme <input type="text"/> Centre <input type="text"/>
Situation de famille : Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Concubin(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Pacsé(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/>		

Conjoint(e) ou concubin(e) (Situation et composition de la famille assurée)

<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme. <input type="checkbox"/> Mlle.	Date de naissance : / /	Lieu de naissance :
Nom :	Nom de naissance :	Prénom :
Profession :		
N° de Sécurité Sociale : <input type="text"/>	Régime <input type="text"/>	Organisme <input type="text"/> Centre <input type="text"/>

Enfant(s) à charge

Nom :	Date de naissance : / /	Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Affiliation régime obligatoire <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme N° de Sécurité Sociale : <input type="text"/>
Prénom :	Lieu de naissance :		
Nom :	Date de naissance : / /	Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Affiliation régime obligatoire <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme N° de Sécurité Sociale : <input type="text"/>
Prénom :	Lieu de naissance :		
Nom :	Date de naissance : / /	Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Affiliation régime obligatoire <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme N° de Sécurité Sociale : <input type="text"/>
Prénom :	Lieu de naissance :		
Nom :	Date de naissance : / /	Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Affiliation régime obligatoire <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme N° de Sécurité Sociale : <input type="text"/>
Prénom :	Lieu de naissance :		

Tableau récapitulatif des garanties

■ OPTION 1

■ OPTION 2

■ OPTION 3

DÉCÈS (garantie limitée aux frais d'obsèques pour les enfants mineurs de + 12 ans dans la limite de 10% du capital souscrit) Capital garanti jusqu'à 70 ans.	20 000 €	40 000 €	80 000 €
INVALIDITÉ PERMANENTE Capital calculé proportionnellement au taux d'invalidité de 4%. Garantie jusqu'à 65 ans.	20 000 €	40 000 €	80 000 €
INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE A partir du 91ème jour et pendant 365 jours. Garantie jusqu'à 65 ans.	12 € / jour franchise 90 jours	15 € / jour franchise 90 jours	20 € / jour franchise 90 jours
PARENT AU FOYER A partir du 31ème jour et pendant 180 jours. Garantie jusqu'à 65 ans.	12 € / jour franchise 30 jours	15 € / jour franchise 30 jours	15 € / jour franchise 30 jours
INDEMNITÉS JOURNALIÈRES HOSPITALISATION Pendant 365 jours si hospitalisation minimum de 24 heures. Garantie jusqu'à 70 ans.	15 € / jour	20 € / jour	20 € / jour

Proposition d'adhésion au contrat "Protection des Accidents de la Vie Courante" (PAVC)

ADHÉSION

- OUI
 NON

Choix de votre option :

Composition familiale	ZONE GÉOGRAPHIQUE 1		
	Option 1	Option 2	Option 3
Individuel	<input type="checkbox"/> 6,58 €	<input type="checkbox"/> 12,23 €	<input type="checkbox"/> 14,98 €
Couple	<input type="checkbox"/> 11,05 €	<input type="checkbox"/> 19,99 €	<input type="checkbox"/> 28,59 €
Famille	<input type="checkbox"/> 12,50 €	<input type="checkbox"/> 22,50 €	<input type="checkbox"/> 33 €
	ZONE GÉOGRAPHIQUE 2		
	Option 1	Option 2	Option 3
Individuel	<input type="checkbox"/> 7,90 €	<input type="checkbox"/> 14,68 €	<input type="checkbox"/> 17,97 €
Couple	<input type="checkbox"/> 13,26 €	<input type="checkbox"/> 23,99 €	<input type="checkbox"/> 34,31 €
Famille	<input type="checkbox"/> 15 €	<input type="checkbox"/> 27 €	<input type="checkbox"/> 39,60 €

COTISATION MENSUELLE TOTALE PAVC

A

Information : Cotisation Annuelle

Ax12=

Cotisations

PÉRIODICITÉ : MENSUELLE DATE DE PRÉLÈVEMENT : 8 DU MOIS 12 DU MOIS J'OPTÉ POUR LE PRÉLÈVEMENT AUTOMATIQUE : OUI NON

COTISATION MENSUELLE TOTALE PAVC

A

MONTANT DU RÈGLEMENT TTC

A+B=

COTISATION SOCIALE MUTUALISTE

B

+ 2,24 €

(y compris Assistance, cagnotte Coups Durs, Itinérance, cotisation ADPRF et droit d'adhésion (par mois et par chef de famille))

JE SOUSSIGNÉ(E) L' ADHÉRENT(E) :

• demande à adhérer :

- au contrat Protection Accident Vie Courante OUI NON
- à l'ADPRF (obligatoire) OUI

• reconnais avoir été informé(e) que la Mutuelle se fonde, pour établir les relations précontractuelles, sur le Code de la mutualité notamment son article L221-18. La loi applicable au contrat régit par le Code de la mutualité française. La Mutuelle, avec mon accord, s'engage à utiliser pendant toute la durée du contrat la langue française,

• reconnais avoir été informé que l'adhésion est annuelle et se renouvelle par tacite reconduction à l'échéance principale du 31 décembre de chaque année sauf, résiliation prévue par la loi, rappelée dans la Notice,

• déclare avoir reçu et pris connaissance des dispositions mentionnées dans la Notice du contrat attenante à cette demande d'adhésion et dont les références sont précisées ci-dessous. Dans le cas où mon adhésion est souscrite dans le cadre d'un système de commercialisation à distance (articles L221-18 du code de la Mutualité et L121-20-08 de la consommation : - je demande expressément l'exécution immédiate et intégrale de mon adhésion au contrat à compter de sa conclusion. - Dans ce cadre et conformément aux textes précités je peux exercer mon droit de rétractation dans les conditions et formes précisées dans la Notice du contrat,

• certifie la sincérité et l'exactitude des déclarations et informations données sur la présente demande d'adhésion me concernant ainsi que les membres de ma famille à assurer et reconnais savoir que toute omission ou déclaration inexacte, ainsi que la réticence ou fausse déclaration intentionnelle pourront faire l'objet respectivement d'une proposition d'ajustement tarifaire ou d'une nullité de l'adhésion conformément aux dispositions du code de la mutualité.

Conformément à la loi informatique et libertés 78.17 du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification pour toutes informations vous concernant sur ce fichier en vous adressant à la Mutuelle.

La Mutuelle est destinataire, avec ses mandataires, l'association ADPRF et ses réassureurs, de l'information pour :

- le traitement de votre dossier, dans le strict respect de la protection des données à caractère personnel,
- l'envoi de documents sur les produits proposés directement ou indirectement,

Si vous souhaitez ne pas être sollicité, il vous suffit de nous le faire savoir par simple courrier à l'adresse précisée ci-dessus. L'ensemble des réponses aux questions est obligatoire, le défaut de réponse aura pour conséquence le non examen de votre dossier.

Références :

- Statuts de l'ADPRF et de la Mutuelle	
- Conditions Générales Protection des Accident de la Vie Courante	NAV-2013-01
- Conditions Générales "Coups Durs"	NCD-2015-01
- Notice Assistance	CFA-2013-01

Je déclare avoir été informé préalablement à mon adhésion de la possibilité qui m'est offerte de contractualiser sur un support dématérialisé (non papier). Je déclare en conséquence renoncer au support papier pour demander mon adhésion. Mon consentement est formalisé par une signature électronique.

Je déclare avoir reçu préalablement à mon adhésion, en temps utile et avant tout engagement de ma part la notice valant conditions générales précisant les garanties et leurs exclusions, le tableau de garanties, la présente demande d'adhésion et le formulaire de renonciation.

Je demande expressément l'exécution immédiate et intégrale de mon adhésion au contrat à compter de sa conclusion. Dans ce cadre, je peux quand même exercer mon droit de rétractation dans les délais prévus par la loi. Dans ce cas je suis tenu au paiement proportionnel de la prestation effectivement fournie pendant le délai de garantie.

Je soussigné(e), certifie mes déclarations sincères et véritables. Je déclare avoir pris connaissance des Statuts de l'ADPRF, des Conditions Générales NAV-2013-01 valant note d'information du contrat Protection des Accidents de la Vie Courante n°FT-A12P33, des Conditions Générales de souscription aux garanties "Coups Durs" n°NCD-2015-01 et la Notice "Assistance" n° CFA-2013-01 qui m'ont été remises ce jour et les accepter sans réserve.

Fait à : le

Écrire " Lu et approuvé " et signer

Signature de l'adhérent

Signature de l'assuré

Date d'effet

Échéance principale

1^{er} janvier

DROIT DE RENONCIATION

Article L. 121-23 à L. 121-26 du Code de la Consommation

CODE DE LA CONSOMMATION

Sélection des ARTICLES RELATIFS AU DÉMARCHAGE À DOMICILE

Art L 121-21

Est soumis aux dispositions de la présente section quiconque pratique ou fait pratiquer le démarchage, au domicile d'une personne physique, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, afin de lui proposer l'achat, la vente, la location, la location-vente ou la location avec option d'achat de biens ou la fourniture de services.

Est également soumis aux dispositions de la présente section le démarchage dans les lieux non destinés à la commercialisation du bien ou du service proposé et notamment l'organisation par un commerçant ou à son profit de réunions ou d'excursions afin de réaliser les opérations définies à l'alinéa précédent.

Article L 121-23

Les opérations visées à l'article L 121-21 doivent faire l'objet d'un contrat dont un exemplaire doit être remis au moment de la conclusion de ce contrat et comporter, à peine de nullité, les mentions suivantes :

- Noms du fournisseur et du démarcheur ;
- Adresse du fournisseur ;
- Adresse du lieu de conclusion du contrat ;
- Désignation précise de la nature et des caractéristiques des biens offerts ou des services proposés
- Conditions d'exécution du contrat, notamment les modalités et le délai de livraison des biens, ou d'exécution de la prestation de services ;
- Prix global à payer et modalités de paiement ; en cas de vente à tempérament ou de vente à crédit, les formes exigées par la réglementation sur la vente à crédit, ainsi que le taux nominal de l'intérêt et le taux effectif global de l'intérêt déterminé dans les conditions prévues à l'article L 313-1;
- Faculté de renonciation prévue à l'article L 121-25, ainsi que les conditions d'exercice de cette faculté et, de façon apparente, le texte des articles L 121-23, L 121-24, L 121-25, et L 121-26.

Article 121-24

Le contrat visé à l'article L 121-23 doit comprendre un formulaire détachable destiné à faciliter l'exercice de la faculté de renonciation dans les conditions prévues à l'article L 121-25. Un décret en Conseil d'Etat précisera les mentions devant figurer sur ce formulaire. Ce contrat ne peut comporter aucune clause attributive de compétence. Tous les exemplaires doivent être signés et datés de la main même du client.

Article 121-25

Dans les 7 jours, fériés compris, à compter de la commande ou de l'engagement d'achat, le client a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec accusé de réception. Si ce délai expire normalement un samedi, un dimanche, ou un jour férié ou chômé, il est prorogé jusqu'au 1er jour ouvrable suivant.

Toute clause du contrat par laquelle le client abandonne son droit de renoncer à sa commande ou à son engagement d'achat est nulle et non avenue. Le présent article ne s'applique pas aux contrats conclus dans les conditions prévues à l'article L 121-27.

Article L 121-26

Avant expiration du délai de réflexion prévu à l'article L 121-25, nul ne peut exiger ou obtenir du client, directement ou indirectement, à quelque titre ni sous quelque forme que ce soit, une contrepartie quelconque ni aucun engagement ni effectuer des prestations de services de quelque nature que ce soit.

ANNULATION DE COMMANDE

Article L. 121-23 à L. 121-26 du Code de la Consommation.

L'adhérent peut renoncer à son adhésion au présent contrat PAVC pendant trente jours *

*Jours calendaires révolus à compter de la commande ou de l'engagement d'achat. Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec avis de réception, envoyée à l'adresse suivante :

PRAECONIS : 6 rue Paul Morel - BP 80283 - 70006 Vesoul Cedex

Si vous annulez votre commande, vous pouvez utiliser le formulaire détachable qui se trouve dans la présente Demande d'Adhésion.



Article 1 Constitution et dénomination

Il est constitué entre les adhérents aux présents statuts et les adhérents ultérieurs qui s'y joindront soit tous les adhérents de l'ADPF à la suite de sa dissolution, un Association régie par la loi du 1er juillet 1901 et le décret du 16 Aout 1901, ayant pour nom :

ASSOCIATION DE DEVELOPPEMENT DE LA PREVOYANCE DES REGIONS FRANCAISES (ADPRF)

Article 2 Siège social

Le siège social est fixé 2 rue de Madrid – 90000 BELFORT.

Il peut être déplacé en tout lieu sur simple décision du Conseil d'Administration.

Article 3 Objet

Cette Association a pour objet de :

- Favoriser l'accès aux adhérents à des garanties d'épargne et de prévoyance et de santé, au travers de contrats groupes, conclus avec des organismes d'assurance ;
- Favoriser l'accès des adhérents à l'ensemble de la couverture des risques assurables qu'ils rencontrent, tant dans leur vie privée que professionnelle ;
- Signer des conventions avec les organismes d'assurance habilités pour faire bénéficier ses adhérents de garanties collectives et des services découlant, et suivre l'application des dites Conventions ;
- Informer ses adhérents en matière de prévoyance, de santé, de retraite et d'épargne ;
- Effectuer toute opération et prendre toute initiative propre à la réalisation de son objectif social.
- Prendre la suite des engagements de l'ADPRF consécutivement à la dissolution de cette dernière.

Article 4 Durée

La durée de l'Association est illimitée.

Article 5 Composition de l'Association

L'Association est composée de membres personnes physiques.

Sont membres de l'Association, les adhérents

aux contrats d'assurance de groupe souscrits par l'Association, ainsi que les adhérents de l'ADPRF à jour de leurs cotisations au jour de la dissolution de cette dernière. Ils disposent d'un seul droit de vote à l'Assemblée Générale (même s'ils ont adhéré à plusieurs contrats groupes précités) et peuvent proposer une résolution à l'Assemblée Générale.

Article 6 Démission - Radiation

La qualité de membre se perd par :

- La démission ;
- Le décès ;
- La radiation prononcée par le Conseil d'Administration pour motif grave ;
- La résiliation de l'adhésion aux contrats groupe souscrits par l'Association.

Article 7 Ressources

Les ressources de l'Association se composent :

- Des cotisations des membres ;
- Des sommes perçues en contrepartie des prestations fournies par l'Association ;
- De toute autre ressource non interdite par la loi.

Article 8 Administration

Un Conseil d'Administration, composé de trois membres, administre l'Association.

Les membres du Conseil d'Administration sont élus par l'Assemblée Générale pour une durée de six ans et sont éligibles.

Le Conseil d'Administration élit en son sein un bureau composé :

- D'un Président ;
- D'un secrétaire ;
- D'un trésorier.

Le Président et les membres du bureau sont élus par le Conseil d'Administration pour une durée de six ans à la majorité simple.

Le Conseil d'Administration est composé pour plus de la moitié, de membres ne détenant ou n'ayant détenu au cours des deux années précédant leur désignation aucun intérêt ni aucun mandat dans l'organisme d'assurance signataire du contrat d'assurance de groupe, et ne recevant ou n'ayant pas reçu au cours de la même période aucune rétribution de la part des ces mêmes organismes ou sociétés.

Article 9 Réunion du Conseil

Le Conseil se réunit sur convocation du Président ou de la moitié de ses membres, au moins une fois par an, au siège de l'Association ou en visioconférence.

Les décisions sont prises à la majorité des voix des membres présents, la voix du Président est prépondérante en cas de partage.

Tout membre qui, sans excuse, n'aura pas assisté à trois séances consécutives sera considéré comme démissionnaire.

Un procès-verbal de séance est signé par le Président et le Secrétaire.

Les membres du Conseil d'Administration exerceront leurs fonctions gratuitement. Toutefois, ils pourront prétendre, et sur justificatifs visés par le Président ou le Trésorier, au remboursement des frais qu'ils auront engagés pour l'exercice de leur mandat, sans que cela ne puisse être considéré comme un élément de rémunération.

Les membres du Conseil d'Administration s'interdisent, en outre, de percevoir par les organismes d'assurance avec lesquels l'Association a signé des contrats groupe, une rémunération liée au montant des cotisations ou à l'encours des contrats collectifs souscrits par l'Association.

Article 10 Pouvoirs du Conseil d'Administration

Le Président représente l'Association. Il représente, notamment, l'Association en justice et dans tous les actes de la vie civile. Il peut être habilité, sur mandat du Conseil d'Administration, à engager toute action en justice.

Le Président à le pouvoir de signer les contrats groupe de prévoyance, d'épargne et de retraite au profit de ses membres

L'Assemblée Générale a seule qualité pour autoriser la signature d'avenants aux contrats d'assurance de groupe souscrits par l'Association. Elle peut toutefois déléguer au Conseil d'Administration, par une ou plusieurs résolutions et pour une durée qui ne peut excéder dix-huit mois, le pouvoir de signer un ou plusieurs avenants dans des matières que la résolution définit.

Le Conseil d'Administration

est tenu de présenter au vote de l'Assemblée Générale les projets de résolution qui lui ont été communiqués quarante-cinq jours au moins avant la date fixée pour la réunion de l'Assemblée par le dixième des adhérents au moins, ou par cent adhérents si le dixième est supérieur à cent

Article 11 Assemblée Générale Ordinaire

1/ Composition de l'Assemblée

L'Assemblée Générale est constituée par l'ensemble des membres de l'Association au jour de la tenue de cette Assemblée.

Chaque membre dispose d'une voix.

Chaque membre peut disposer de cinq pouvoirs maximum. Un même adhérent ne peut disposer de plus de 5% des droits de vote.

Les adhérents ont la faculté de donner mandat à :

- Un autre adhérent ;
- Ou leur conjoint.

2/ Ordre du jour de l'Assemblée Générale

L'ordre du jour est arrêté par le Président conformément à l'article 11 des présents statuts.

L'Assemblée ne peut délibérer que sur les questions inscrites à l'ordre du jour.

Si des membres désirent qu'une résolution soit inscrite à l'ordre du jour, ils doivent en aviser le Président au moins quinze jours avant la date fixée pour l'Assemblée Générale.

3/ Quorum et vote

L'Assemblée Générale ne peut valablement délibérer que si un trentième des adhérents au moins sont présents, représentés ou ont fait usage de la faculté de vote par correspondance.

Si, lors de la première convocation, l'Assemblée n'a pas réuni le quorum, une seconde Assemblée est convoquée. Elle délibère alors valablement quel que soit le nombre de ses adhérents présents, représentés ou ayant fait usage de la faculté de vote par correspondance.

Il est tenu un procès-verbal des réunions de l'Assemblée Générale consultable au siège de l'Association.

4/ Réunions de l'Assemblée Générale

L'Assemblée Générale se

réunit chaque année à une date et un lieu fixés par le Président du Conseil d'Administration.

Les membres de l'Assemblée sont informés individuellement de la tenue de l'Assemblée, par lettre simple ou par courriel, trente jours au moins avant la date prévue. Ils reçoivent, à cette occasion, le texte des résolutions et les différents rapports présentés. Il leur est également fourni les documents nécessaires pour se faire représenter ou pour voter par correspondance.

L'Assemblée Générale :

- Entend les rapports sur la gestion du Conseil et la situation de l'Association ;
- Approuve les comptes de l'exercice ;
- Pourvoit, s'il y a lieu, au renouvellement des membres du Conseil d'Administration ;
- Discute les questions écrites à l'ordre du jour.

Article 12 Assemblée Générale Extraordinaire

L'Assemblée Générale extraordinaire décide des modifications des statuts.

Elle est convoquée, si besoin est, par le Président du Conseil d'administration ou à la demande d'au moins 10% des adhérents.

Les formes et les délais de convocation et les conditions de quorum et de vote de l'Assemblée Générale Extraordinaire sont les mêmes que ceux de l'Assemblée Générale Ordinaire prévus ci-dessus.

Article 13 Règlement intérieur

Le Conseil d'administration pourra, s'il le juge nécessaire, arrêter le texte d'un règlement intérieur qui déterminera les détails d'exécutions des présents statuts.

Article 14 Dissolution de l'Association

En cas de dissolution décidée en Assemblée Générale Extraordinaire, un ou plusieurs liquidateurs seront nommés.

La dissolution de l'Actif de l'Association est faite conformément à l'article 9 du 1er juillet 1901 et du décret du 16 aout 1901.

CONDITIONS GÉNÉRALES valant notice d'informations

Contrat d'assurance collectif à adhésion facultative N° FT-A12P33 souscrit par l'Association de Développement de la Prévoyance des Régions Françaises (ADPRF), enregistrée à la Préfecture du Territoire de Belfort sous le N° W901002184, ci-après dénommée « le Souscripteur », auprès de la Mutuelle Médico-Chirurgicale (MMC), Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, enregistrée auprès du Secrétaire Général du Conseil Supérieur de la Mutualité sous le N° 778542852, dont le siège social est situé au 6 rue Paul Morel 70000 Vesoul, dénommée « l'Assureur ». L'autorité chargée du contrôle de la Mutuelle MMC est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), située 61 rue Taitbout 75436 PARIS CEDEX 09. Toutes les actions relatives au présent contrat sont prescrites par un délai de deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance conformément à l'article L 221-11 du Code de la Mutualité.

Chapitre 1 - CONDITIONS GÉNÉRALES DU CONTRAT Collectif PROTECTION ACCIDENT VIE COURANTE

1 - LA BASE JURIDIQUE DU CONTRAT COLLECTIF A ADHESION FACULTATIVE PROTECTION ACCIDENT VIE COURANTE

Le contrat collectif à adhésion facultative est régi par la législation française, les dispositions du Code de la Mutualité, des branches 1 (Accident) et 2 (Maladie) de l'article L 221-2 III 1° et L221-6 du même code ainsi que par les présentes conditions générales et les conditions particulières et personnelles du certificat d'adhésion. Il est établi sur la base des déclarations de l'adhérent.

2 - L'OBJET DU CONTRAT COLLECTIF A ADHESION FACULTATIVE PROTECTION ACCIDENT VIE COURANTE

Le contrat collectif à adhésion facultative PROTECTION ACCIDENT VIE COURANTE a pour objet de garantir aux assurés, à jour de leur cotisation auprès de l'Assureur, le versement de prestations déterminées par la garantie en fonction de l'âge de l'assuré et décrites ci-après :

•Le Décès

Lorsque l'assuré décède des suites d'un accident garanti, au sens du présent contrat, et ce dans les 12 mois de sa survenance, il est versé au bénéficiaire, le capital prévu aux conditions particulières. Lors du décès d'un enfant mineur de plus de 12 ans, le capital versé est limité aux frais d'obsèques dans la limite de 10% du capital souscrit. Lorsque le décès de l'assuré survient après un état d'incapacité temporaire de travail et/ou d'invalidité permanente, lié à un même évènement accidentel, le capital dû au titre du décès sera versé sous déduction des sommes déjà réglées au titre des garanties incapacité temporaire de travail et/ou invalidité permanente. La garantie décès cesse à la fin de l'année civile qui suit le 70^{ème} anniversaire de l'assuré.

•L'invalidité Permanente

Lorsque l'assuré, en raison des conséquences directes d'un accident garanti, au sens du présent contrat, est frappé d'une invalidité permanente dont le taux est supérieur ou égal à 5% ; il lui est versé un capital dont le montant est déterminé en fonction du taux d'invalidité permanente retenu et du capital prévu aux conditions particulières, après consolidation, sous déduction des sommes déjà versées au titre de la garantie incapacité temporaire de travail et/ou indemnité journalière hospitalisation. Le taux d'invalidité permanente est fixé

par le Service Médical de l'Assureur sur la base d'une expertise médicale, après consolidation des blessures, et ne tient compte que de la seule invalidité fonctionnelle de l'assuré, en dehors de toute incidence professionnelle ou scolaire. (cf. barème page 4).

•L'incapacité temporaire totale de travail

Un assuré ou son (sa) conjoint (e) est en état d'incapacité temporaire totale de travail s'il se trouve, par suite d'accident garanti, au sens du présent contrat, survenant pendant la période garantie, dans l'impossibilité complète et temporaire d'exercer son activité professionnelle et ce, pendant une suite ininterrompue de journées.

L'état d'incapacité temporaire totale de travail est constaté par le Service Médical de l'Assureur.

Ces indemnités journalières, dont le montant est prévu aux conditions particulières, seront alors versées à l'assuré, après écoulement d'une franchise absolue de 90 jours à compter de la date de début de l'arrêt de travail, et ce pendant une durée maximale de 365 jours. En cas de rechute dans les 60 jours suivant la reprise des activités professionnelles, le paiement des indemnités journalières reprend immédiatement si le nouvel arrêt de travail est dû à la même cause que l'arrêt précédent.

Le (ou la) conjoint (e) qui n'exerce pas d'activité professionnelle et qui consécutivement à un accident garanti, est immobilisé(e) à son domicile et se trouve incapable d'exécuter seul(e) au moins deux actes ordinaires sur quatre de la vie courante, bénéficie d'une indemnité journalière dont le montant est fixé aux conditions particulières. Cette prestation est versée après écoulement d'une franchise de 30 jours et pendant une durée maximale de 180 jours.

Pour les garanties invalidité permanente et incapacité temporaire de travail, les garanties cessent à la fin de l'année civile du 65^{ème} anniversaire de l'assuré ou lorsqu'il bénéficie d'une pension de retraite, de préretraite ou reprend même partiellement son travail.

•L'indemnité journalière hospitalière

En cas d'hospitalisation consécutive à un accident garanti, au sens du présent contrat, après application d'une franchise relative de 24 heures, il est versé à l'assuré une indemnité journalière jusqu'au jour de sortie inclus et pour une durée maximale de 365 jours.

Il ne peut y avoir cumul des garanties incapacité temporaire totale de travail et indemnité journalière hospitalisation. Lorsque l'assuré est hospitalisé, au cours d'un arrêt de travail, seule la garantie incapacité temporaire de travail intervient

La garantie indemnité journalière en cas

d'hospitalisation cesse à la fin de l'année civile qui suit le 70^{ème} anniversaire de l'assuré.

3-LADUREE, LERENOUVELLEMENT ET LA RESILIATION DU CONTRAT COLLECTIF A ADHESION FACULTATIVE PROTECTION ACCIDENT VIE COURANTE

Le contrat collectif à adhésion facultative PROTECTION ACCIDENT VIE COURANTE prend effet le 1^{er} septembre 2012 et se termine le 31 décembre de l'année en cours.

Il se renouvelle ensuite par tacite reconduction, le 1^{er} janvier de chaque année, sauf dénonciation adressée par lettre recommandée, par l'une des parties, au moins trois mois avant la date du renouvellement.

En cas de résiliation du contrat collectif à adhésion facultative PROTECTION ACCIDENT VIE COURANTE, aucune nouvelle adhésion n'est acceptée postérieurement à la date d'effet de la résiliation. Cependant, les adhésions en vigueur à la date de résiliation continuent à produire leurs effets sous réserve du règlement des cotisations correspondantes.

La partie ayant exprimé son intention de résiliation dans les délais mentionnés ci-dessus s'engage à en informer chaque assuré au moins deux mois avant l'échéance.

4 - LA MODIFICATION DU CONTRAT COLLECTIF A ADHESION FACULTATIVE PROTECTION ACCIDENT VIE COURANTE

Les garanties du contrat collectif à adhésion facultative PROTECTION ACCIDENT VIE COURANTE peuvent être modifiées par la Mutuelle MMC, qui se réserve également la possibilité de modifier à tout moment le montant des cotisations (Article 22 : Compétence de l'Assemblée Générale des Statuts de la Mutuelle MMC).

Ces changements devront être notifiés individuellement par l'Assureur aux adhérents, deux mois au moins avant la date d'effet de la modification des garanties ou des cotisations.

5 - INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Conformément à la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, les adhérents peuvent demander communication et rectification de toute information les concernant qui figurerait sur tout fichier à l'usage de la Mutuelle MMC, des réassureurs, des organismes concernés. Le droit d'accès et de rectification peut être exercé à l'adresse du siège de la Mutuelle MMC.

Chapitre 2 - MODALITES D'ADMISSION AU CONTRAT COLLECTIF A ADHESION FACULTATIVE PROTECTION ACCIDENT VIE COURANTE

6 -ADMISSION AU CONTRAT PROTECTION ACCIDENT VIE COURANTE

Peut adhérer au contrat la personne physique, qui outre les conditions de capacité juridique, remplit cumulativement les conditions suivantes :

- Âgées de 18 ans à 69 ans révolus au 31 décembre de l'année civile de la demande d'adhésion,
- Résider fiscalement en France métropolitaine (Y compris la CORSE) ou les DROM,
- Avoir manifesté son consentement à l'adhésion lors de la présentation téléphonique qui lui a été faite des conditions d'assurance,
- Ou avoir manifesté son consentement par la signature de la demande d'adhésion si la présentation des conditions d'assurance lui a été faite en tête à tête,
- Avoir signé la fiche précontractuelle d'information et de conseil,
- Avoir réglé la première prime indiquée au certificat d'adhésion.

L'âge est calculé par différence entre l'année d'assurance et l'année de naissance, quel que soit le mois de naissance.

7 - DATE D'EFFET DE L'ADHESION AU CONTRAT PROTECTION ACCIDENT VIE COURANTE ET SA DUREE

L'adhésion au contrat prend effet à la date d'effet mentionnée au certificat d'adhésion, sous réserve du paiement de la première cotisation.

En cas de défaut de paiement de la première cotisation, la date d'effet de l'adhésion est reportée à la date effective de paiement de la cotisation, ce délai ne pouvant toutefois pas être supérieur à un mois.

L'adhésion est conclue pour une durée comprise entre sa date d'effet et le 31 décembre de l'année de l'adhésion. Elle est ensuite reconduite, par tacite reconduction, au 1^{er} janvier de chaque année, sauf dénonciation par l'une des parties. La dénonciation par l'adhérent devra parvenir à l'Assureur par lettre recommandée adressée deux mois avant l'échéance.

L'adhésion et la garantie cessent au premier des évènements suivants :

- en cas de dénonciation de l'adhésion par l'Assureur ou par l'adhérent par lettre recommandée 2 mois avant l'échéance,
- dès que l'adhérent cesse de faire partie du groupe assurable,

L'adhésion au contrat peut être résiliée avant sa date d'expiration normale dans les cas et les conditions suivants :

Par l'adhérent et l'Assureur : en cas de changement de domicile, de situation matrimoniale, de régime matrimonial, de profession, de retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité de l'adhérent lorsque le changement rend l'objet de la garantie inapproprié à la nouvelle situation.

Par l'adhérent :

- à chaque échéance annuelle, en respectant un préavis de 2 mois,
- en cas de modification du tarif d'assurance appliqué au contrat,
- dans les 20 jours suivant l'envoi de l'avis d'échéance lorsque le contrat couvre une personne physique en dehors de son activité professionnelle

Par l'Assureur :

- en cas de non paiement des cotisations,
- en cas d'omission ou de déclaration inexacte lors de l'adhésion ou en cours de contrat, si votre mauvaise foi n'est pas établie,

De plein droit :

- à l'échéance principale qui suit le 70^{ème} anniversaire de l'adhérent,

La demande de résiliation doit être faite, par lettre recommandée à l'adresse de l'Assureur, le cachet de la poste faisant foi.

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

8 - PRISE D'EFFET DE LA GARANTIE (carence)

La garantie prend effet immédiatement sans délai de carence.

9 - RENONCIATION

A partir de la date de réception du certificat d'adhésion accompagnée du règlement de la première cotisation, l'adhérent dispose d'un délai de 30 jours calendaires révolus à compter du moment où il a été informé que son contrat a pris effet pour renoncer à son adhésion. Ce droit expire le dernier jour à vingt quatre heures. Ce droit de renonciation s'exerce par l'envoi au siège social de l'Assureur d'une lettre recommandée avec demande d'avis de réception, selon le modèle ci-dessous : « Je soussigné..... Renonce à mon adhésion au contrat PROTECTION ACCIDENT VIE COURANTE.» L'Assureur rembourse les sommes versées au plus tard trente jours après la réception de cette lettre recommandée.

Chapitre 3 - COTISATION

10 - COTISATION

La cotisation est fixée en fonction de l'âge de l'adhérent à l'adhésion, de la garantie et du montant souscrits figurant au certificat d'adhésion. Elle est versée, mensuellement, trimestriellement ou an-

nuellement et d'avance.

La cotisation peut évoluer si une décision législative ou réglementaire venait modifier les engagements de l'Assureur, ou si les résultats techniques et financiers du groupe assuré le nécessitaient. L'Assureur se réserve alors la possibilité de modifier le barème des cotisations et/ou les garanties de l'ensemble du groupe assuré. La modification des cotisations et/ou des garanties sera applicable au 1^{er} janvier de l'exercice suivant moyennant un préavis de deux mois.

En application de l'article L 221-6 applicable aux opérations collectives facultatives, l'adhérent peut dans un délai d'un mois à compter de la remise de l'information sur les modifications, dénoncer son adhésion en raison de ces modifications. Dans ce cas, l'adhésion est résiliée dans tous ses effets à la fin de la période correspondant au dernier versement.

11 - NON PAIEMENT DE LA COTISATION

A défaut de paiement de la cotisation due, dans les 10 jours suivant sa date d'échéance, l'Assureur adresse à l'adhérent une lettre recommandée valant mise en demeure l'informant des conséquences du non paiement de sa cotisation.

Elles sont les suivantes :

La garantie peut être suspendue en cas de non paiement 30 jours après l'envoi de la mise en demeure.

La Mutuelle a le droit de résilier les garanties 10 jours après l'expiration du délai de 30 jours prévus ci-dessus.

En cas de paiement, la garantie reprend pour l'avenir ses effets, à midi, le lendemain du jour où la cotisation a été payée.

Chapitre 4 - PRESTATIONS GARANTIES

12 - MONTANT DES PRESTATIONS GARANTIES

Le montant des prestations garanties figurent au certificat d'adhésion.

13 - AUGMENTATION OU REDUCTION DES GARANTIES

L'adhérent peut augmenter ou diminuer le montant de ses garanties dans la limite des trois options proposées, au 1^{er} janvier de chaque année, sous réserve : D'être âgé de 69 ans au plus,

- En cas d'acceptation de la modification par l'Assureur, elle prendra effet au premier jour du mois qui suit la date de l'acceptation. Le tarif applicable à la fraction de garantie supplémentaire est défini par différence de millésime (ou âge au 31 décembre de l'exercice en cours).
- En cas de refus de l'Assureur, le contrat initial continue à s'appliquer.

- En cas de réduction du montant des garanties, l'assuré se verra refuser toute augmentation de garantie ultérieure.

14 - DEFINITIONS

L'ACCIDENT : Atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré et provenant de l'action brusque, soudaine,

violente et imprévisible d'une cause extérieure, dont l'assuré est victime.

Ne sont pas considérées comme accident, les atteintes organiques qualifiées d'accident par le langage médical (accident cardiovasculaire et accident vasculaire cérébral notamment, ainsi que les atteintes corporelles survenues au cours d'une intervention chirurgicale, sauf si celle-ci intervient dans les suites immédiates et directes d'un accident tel que défini ci-dessus.

DATE DE CONSOLIDATION : date à partir de laquelle, après constat médical, les séquelles consécutives à un accident garanti prennent un caractère permanent, permettant de constater la stabilisation de l'état de santé de l'assuré.

FRANCHISE RELATIVE : l'indemnité journalière en cas d'hospitalisation est versée dès le 1^{er} jour, pour toute hospitalisation supérieure à 24 heures.

FRANCHISE ABSOLUE : l'indemnité journalière est versée à compter du 91^{ème} jour en cas d'arrêt de travail.

HOSPITALISATION : fait de recevoir des soins dans un établissement hospitalier (hôpital ou clinique habilité à pratiquer des actes et traitements médicaux auprès des personnes accidentées), possédant les autorisations administratives locales ainsi que le personnel compétent.

INVALIDITE PERMANENTE : diminution définitive de certaines fonctions physiques, psychosensorielles, intellectuelles, appréciée médicalement à la date de consolidation en comparant l'état subsistant après l'accident, à l'état de santé antérieur à l'événement garanti.

INCAPACITE TEMPORAIRE : réduction définitive de certaines fonctions physiques, psychosensorielles, intellectuelles, appréciée médicalement à la date de consolidation en comparant l'état subsistant après l'accident, à l'état de santé antérieur à l'événement garanti.

ADHERENT : la personne physique, chef de famille qui adhère au contrat et en assume les obligations, notamment le paiement des cotisations.

PRESCRIPTION : délai au-delà duquel aucune action ne peut plus être intentée.

SUBROGATION : substitution de l'Assureur dans les droits et actions de l'assuré ou du bénéficiaire du contrat à l'encontre de tout tiers. L'Assureur ne peut recourir contre les enfants, descendants, ascendants, alliés en ligne directe, préposés, employés, ouvriers ou domestiques, et généralement toute personne vivant habituellement au foyer de l'assuré, sauf le cas de malveillance commise par une de ces personnes. La subrogation est limitée au montant des indemnités versées.

SINISTRE : événement accidentel, fait générateur de la garantie.

ASSUREUR : La Mutuelle Médico Chirurgicale (MMC).

FRAIS D'OBSEQUES : les dépenses relatives aux frais d'obsèques de l'assuré.

BENEFICIAIRE : Le bénéficiaire du contrat est l'assuré; en cas de décès de celui-ci, ses ayants droits. Sont considérés comme ayants droit de l'assuré : son conjoint ou concubin, à défaut ses descendants par parts égales entre eux, à défaut ses ascendants par parts égales entre eux, à défaut ses collatéraux par parts égales entre eux.

ASSISTANCE D'UNE TIERCE PERSONNE : Par assistance d'une tierce personne, on entend l'aide d'un membre du personnel médical. Cette aide peut être dispensée dans un établissement public, privé ou à domicile et ne comprend pas les simples interventions de type aide ménagère comme les courses et le ménage.

ACTES ORDINAIRES DE LA VIE QUOTIDIENNE : On entend par actes ordinaires de la vie quotidienne :

- Se déplacer : La capacité de se déplacer sur une surface plane, après recours aux équipements adaptés. Si une personne peut se déplacer seule à l'aide d'une cane, d'une béquille ou de tout autre équipement adapté, il sera considéré qu'elle est capable de se déplacer seule.

- Se laver : La capacité de satisfaire, de façon spontanée et non incitée, à un niveau d'hygiène corporelle conforme aux normes usuelles : c'est-à-dire, de laver le haut et le bas du corps.

- S'habiller : La capacité de mettre ou d'enlever ses vêtements ou toute prothèse orthopédique habituellement portée ; le seul handicap de ne pas pouvoir mettre ou enlever ses chaussures n'entre pas en considération.

- S'alimenter : La capacité de se servir et d'absorber la nourriture préalablement préparée et mise à disposition. La capacité de s'alimenter implique de pouvoir porter les aliments à sa bouche et les avaler.

Chapitre 5 - MODALITES D'APPLICATION DES GARANTIES

15 - INSTRUCTION DES SINISTRES

L'assuré ou le bénéficiaire doit déclarer le sinistre à l'Assureur dans les 5 jours ouvrés qui suivent la survenance de l'accident, sauf cas fortuit ou de force majeure. Passé ce délai, l'assuré peut perdre ses droits à indemnisation dès lors que la déclaration tardive d'accident aura causé un préjudice à l'Assureur.

Lors de sa déclaration, l'assuré ou le bénéficiaire du contrat doit indiquer les circonstances exactes de l'accident, communiquer l'identité des tiers en cause et des éventuels témoins et indiquer l'identité de l'autorité qui aura le cas échéant dressé un procès verbal.

Pièces à produire :

- En cas de décès :

- ◆ un certificat médical précisant la cause du décès,
- ◆ un extrait d'acte de décès de l'assuré,
- ◆ la ou les factures des frais funéraires exposés pour les enfants assurés,
- ◆ toutes justifications d'état civil permettant d'établir les liens de filiation ou familiaux des ayants droit de l'assuré décédé.

- En cas d'invalidité permanente totale :

- ◆ un certificat médical décrivant les blessures,

L'assuré devra se soumettre à toute expertise médicale initiée par l'Assureur et aux examens complémentaires nécessaires à la détermination du taux d'invalidité.

- En cas d'incapacité temporaire de travail :

- ◆ l'avis d'arrêt de travail,
- ◆ un certificat médical donnant toutes précisions sur la date de survenance et les circonstances précises de l'accident, la durée de l'incapacité, éventuellement l'importance de l'invalidité permanente à envisager, une attestation de reprise du travail.

- En cas d'indemnité journalière hospitalisation :

- ◆ le bulletin de situation,
- ◆ toute pièce médicale à communiquer à notre médecin conseil, lui permettant d'apprécier si l'hospitalisation s'inscrit bien dans le cadre des garanties.

Dans tous les cas, l'assuré est tenu de fournir toutes les pièces complémentaires qui lui seraient demandées pour la bonne constitution du dossier de règlement.

Expertise médicale :

L'invalidité permanente de l'assuré est constatée par expertise médicale, conformément au barème indiqué à la page 4.

Pour les autres garanties, L'Assureur se réserve le droit de faire examiner l'assuré par un médecin de son choix.

L'assuré est tenu de se soumettre à l'expertise médicale, diligentée par l'Assureur à ses frais. L'assuré peut se faire assister par le médecin de son choix, les frais et honoraires restant alors à sa charge.

En cas de désaccord, les parties peuvent décider de recourir à l'arbitrage d'un médecin agissant en qualité de tiers expert désigné en commun.

En cas de désaccord sur le choix du tiers expert ou sur les conclusions de l'expertise, les parties peuvent décider de faire désigner un médecin par le Président du Tribunal de Grande Instance compétent, saisi aux frais de l'Assureur, sur simple requête de la partie la plus diligente, l'autre ayant été régulièrement convoquée par lettre recommandée avec accusé de réception.

Les honoraires et frais du médecin arbitre et ceux de l'expert commis judiciairement sont supportés par moitié entre les parties.

Les garanties s'exercent dans le monde entier pour tout déplacement ne dépassant pas 45 jours consécutifs ou 60 jours non consécutifs. Toutefois, si l'assuré se trouve en état d'incapacité ou d'invalidité à la suite d'un accident survenu hors de

France, la constatation médicale de cet état devra être effectuée en France pour ouvrir droit au paiement des prestations. Le règlement des indemnités aura lieu au plus tard 25 jours après la remise de l'ensemble des pièces justificatives et après accord des parties.

16 - RISQUES EXCLUS

Sont exclus de la garantie les sinistres qui sont la conséquence :

- de la participation volontaire de l'assuré à un crime, à un délit intentionnel ou à une rixe, sauf cas de légitime défense ou d'assistance à personne en danger,
- de la pratique d'un sport à titre professionnel dans le cadre d'une compétition ou d'un entraînement,
- de l'utilisation de quad ou de véhicules 2 roues de cylindrée supérieure à 80cm³,
- des effets directs ou indirects d'irradiation provenant de transmutations de noyaux d'atomes ou de la radioactivité, ainsi que ceux dus aux effets de radiations provoqués par l'accélération artificielle de particules,
- d'expérimentations biomédicales,
- de maladies n'ayant pas pour origine un accident garanti,
- d'affections musculaires, articulaires, tendineuses et discales, telles que pathologies vertébrales, ruptures musculaires et tendineuses lorsqu'elles ne résultent pas d'un accident garanti,
- d'affections cardio-vasculaires et vasculaires cérébrales lorsque celles-ci ne résultent pas d'un accident garanti,
- le suicide ainsi que la tentative de suicide,
- d'accidents causés ou provoqués intentionnellement par l'assuré ou par le bénéficiaire ou à l'aide de sa complicité,
- des accidents et affections apparues antérieurement à la date de souscription,
- à la conduite en état d'ivresse, lorsque le taux d'alcoolémie est supérieur ou égal à celui légalement autorisé,
- de l'usage de drogues ou stupéfiants, sauf s'ils ont été prescrits médicalement dans le cadre d'un traitement thérapeutique,
- de guerre civile ou étrangère, d'insurrection ou d'émeutes, ou d'acte de terrorisme,
- du risque atomique provenant d'armes ou d'installations nucléaires,
- de la participation aux sports suivants : courses automobiles, courses de bateaux à moteur, courses de motos, ULM, parapente, deltaplane, vol à voile, courses de chevaux, la pêche ou la plongée sous marine avec équipement autonome, l'escalade (sauf sur un mur), le saut à l'élastique, la spéléologie, le skeleton, le bobsleigh, la luge de compétition, le ski acrobatique ou le saut à ski, la varappe, le canyoning, le rafting, les randonnées en montagne ou l'alpinisme à plus de 3000 mètres d'altitude et la pratique de sport de combat.

-de la participation à des compétitions ainsi qu'aux entraînements et/ou essais qui la précèdent, courses, matchs ou paris (sauf les compétitions auxquelles l'assuré participe en tant qu'amateur et qui ne comportent pas l'utilisation d'une arme) ou de toute pratique sportive sous contrat rémunéré.

Exclusions spécifiques aux garanties Indemnité Journalière Hospitalisation et Incapacité Temporaire de Travail :

- les accidents résultant d'affections nerveuses et mentales (notamment psychiatriques),
- les séjours en maison de repos, établissement de convalescence, maison d'enfants à caractère sanitaire, institut médico-pédagogique et médico-psycho-pédagogique, hospice, maison de retraite, logement, foyer, établissement d'hébergement pour personnes âgées, centre de cures médicales, service de long séjour d'un établissement hospitalier, centre de cure thermale, marine ou de rajeunissement, traitements esthétiques, diététiques,

Sont également exclus :

- tous les sinistres intervenant après le 70^{ème} anniversaire de l'assuré.
- tous les sinistres intervenant à l'étranger lorsque le séjour à l'étranger est supérieur à 45 jours consécutifs et 60 jours non consécutifs.
- les risques liés à toute activité pouvant procurer gain ou profit, leurs suites et conséquences.

17- SANCTION

Toute réticence, fausse déclaration, production d'informations erronées faites intentionnellement entraînent la nullité du contrat, quand cette réticence ou fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion de l'Assureur. Les cotisations payées demeurent acquises à l'Assureur. Lorsque la réticence ou la fausse déclaration ne revêt pas un caractère intentionnel, l'Assureur peut :

- soit résilier le contrat,
- soit proposer un nouveau montant de cotisation adapté au risque réel et, si l'adhérent ou l'assuré n'accepte pas la nouvelle cotisation ou ne répond pas dans un délai d'un mois, résilier le contrat dans un délai d'un mois, moyennant un préavis de 10 jours,
- lorsque l'inexactitude est constatée après sinistre, réduire les indemnités dues au titre de celui-ci dans la proportion de la cotisation payée par rapport à celle qui aurait dû l'être si le risque avait été correctement déclaré.

18 - SUBROGATION

L'Assureur est subrogé dans les droits et actions de l'assuré ou du bénéficiaire du contrat jusqu'à concurrence des indemnités réglées contre tout tiers responsable du sinistre. Si la subrogation ne peut, s'opérer en faveur de l'Assureur, la garantie de ce dernier cesse d'être engagée dans la mesure où aurait pu s'exercer la subrogation.

19 - PRESCRIPTION

Les actions dérivant du présent contrat sont prescrites après un délai de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, lorsque les ayants droit de l'assuré sont les bénéficiaires du capital en cas de décès, la prescription est de dix ans.

La prescription peut être interrompue par une de ces causes :

- désignation d'un expert après sinistre,
- envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception par l'Assureur à l'assuré en ce qui concerne le paiement de la cotisation ou par l'assuré à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité,
- citation en justice (même en référé),
- commandement ou saisie signifié à celui que l'on veut empêcher de prescrire,
- mise en oeuvre de la procédure amiable de règlement des litiges.

BAREME SERVANT CONTRACTUELLEMENT DE BASE AU CALCUL DE L'INDEMNITE EN CAS D'INVALIDITE PERMANENTE

A - INVALIDITES PERMANENTES TOTALES

Perte totale des deux yeux ou de la vision des deux yeux	100%
Perte complète de l'usage des deux membres inférieurs ou supérieurs	100%
Aliénation mentale incurable et totale résultant directement et exclusivement d'un accident	100%

B - INVALIDITES PERMANENTES PARTIELLES (% proportionnels du capital assuré)

LA TETE

Perte complète de la vision d'un œil sans énucléation	25%
Surdité totale non appareillable résultant directement et exclusivement d'un accident	60%
Surdité complète d'une oreille	12%
Syndrome subjectif des traumatisés crâniens, troubles post-commotionnels forme complète	5%
Epilepsie généralisée post-traumatique, une ou deux crises convulsives par mois avec traitement	50%
Hémiplégie avec contracture côté droit	70%
Hémiplégie avec contracture côté gauche	55%
Anosmie absolue	4%
Fracture des os propres du nez ou de la cloison, avec gêne respiratoire	3%
Sténose nasale totale unilatérale	4%
Fracture non consolidée de la mâchoire inférieure	20%
Perte totale ou presque totale des dents avec possibilité de prothèse	10%
Perte totale ou presque totale des dents sans possibilité de prothèse	35%

MEMBRES SUPERIEURS ET EPAULES

Fracture de la clavicule avec séquelles nettes	5%
Raideurs de l'épaule, peu accentuées	5%
Raideurs de l'épaule, la projection en avant et l'abduction n'atteignant pas 90°	15%
Perte complète de l'usage du mouvement de l'épaule	25%
Amputation du bras au tiers supérieur ou perte complète de l'usage d'un bras	60%
Perte complète de l'usage d'une main	55%
Fracture non consolidée d'un bras	35%
Amputation du pouce sans conservation du métacarpien	20%
Amputation du pouce avec conservation du métacarpien	15%
Amputation de l'index	10%
Amputation du médius	8%
Amputation de l'annulaire	5%
Amputation de l'auriculaire	5%
Perte complète de l'usage du mouvement du coude	15%
Perte complète des mouvements d'un poignet	10%
Fracture du 1 ^{er} métacarpien avec séquelles modérées	5%
Fracture du 5 ^{ème} métacarpien avec séquelles modérées	3%

MEMBRES INFERIEURS

Amputation de la cuisse au tiers moyen ou perte complète de l'usage d'un membre inférieur	55%
Perte complète d'un pied	40%
Fracture non consolidée de la cuisse	40%
Fracture non consolidée d'une jambe	40%
Amputation partielle d'un pied comprenant tous les orteils et une partie du pied	25%
Perte complète du mouvement de la hanche	25%
Perte complète du mouvement du genou	25%
Ankylose complète de la cheville en position favorable	10%
Séquelles modérées de fracture transversale de la rotule	10%
Amputation du gros orteil avec son métatarsien	10%
Amputation de deux ou trois orteils d'un pied	3%

RACHIS - THORAX

Fracture de la colonne vertébrale cervicale sans lésion médullaire	10%
Fracture de la colonne vertébrale dorsale-lombaire, tassement avec raideur rachidienne, nette sans signes neurologiques	10%
Cervicalgies avec raideur rachidienne importante	5%
Lombalgies avec raideur rachidienne importante	3%
Algies radiculaires avec irradiation (forme légère)	2%
Fracture isolée du sternum avec séquelles peu importantes	3%
Fracture uni-costale avec séquelles peu importantes	2%
Fractures multiples de côtes avec séquelles importantes	10%
Reliquats d'un épanchement traumatique avec signes radiologiques	5%

ABDOMEN

Splénectomie avec séquelles hématologiques - sans incidence clinique	10%
Néphrectomie	20%

Notice du contrat Protection Coups Durs

Valant Conditions Générales
N° NCD - 2015 - 01

Contrat Protection « Coups Durs » N° 8.586.018 souscrit par PRAECONIS, 6 rue Paul Morel 70000 Vesoul auprès de DAS pour le compte des adhérents.

1. DEFINITIONS

Accident

Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'Assuré, provenant de l'action brusque, soudaine, violente, de caractère fortuit et imprévu d'une cause extérieure.

Ne sont pas considérées comme un Accident au titre du présent contrat les conséquences d'une crise d'épilepsie, de delirium tremens, d'une rupture d'anévrisme, d'un infarctus du myocarde et accidents vasculaires cérébraux, d'une embolie cérébrale ou d'une hémorragie méningée.

Assuré

Personne physique âgée de plus de 18 ans et de moins de 75 ans à la Date d'effet des garanties et désignée en qualité de chef de famille au titre d'un contrat Complémentaire santé ou d'adhérent à un Contrat garantie accident.

Année d'assurance

Période comprise entre 2 échéances anniversaires du Contrat complémentaire santé ou du Contrat garantie accident.

Assureur

DAS Assurances Mutuelles
Société d'assurance mutuelle à cotisations fixes
RCS LE MANS 775 652 142

DAS

Société Anonyme au capital de 60.660.096 €
RCS LE MANS 442 935 227
Sièges sociaux : 33 rue de Sydney – 70245 LE MANS CEDEX 2
Entreprises régies par le Code des Assurances

Ces sociétés sont dénommées ensemble DAS ou l'Assureur et sont soumises au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, 61 rue Taitbout, 75436 PARIS CEDEX 09

Contrat complémentaire santé

Contrat souscrit auprès du Souscripteur intégrant les présentes garanties et désigné comme tel.

Contrat garantie accident

Contrat souscrit auprès du Souscripteur intégrant les présentes garanties et désigné comme tel.

Date d'effet des garanties

Date de prise d'effet du Contrat complémentaire santé ou du

contrat garantie accident bénéficiant des présentes garanties.

Déchéance

Sanction consistant à priver l'Assuré du bénéfice de la garantie en cas de non-respect de l'une de ses obligations

Incapacité Temporaire Totale de travail (ITT)

Etat d'une personne qui se trouve temporairement dans l'impossibilité complète, continue et médicalement reconnue, de se livrer à l'exercice de son activité professionnelle.

Licenciement

Rupture définitive d'un contrat de travail à durée indéterminée à l'initiative de l'employeur

Maladie

Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente.

Mécontentement

Incompréhension définitive de l'Assuré, ou désaccord, sur la réponse ou la solution apportée, avec manifestation d'un sentiment d'injustice subie, exprimée dans le cadre d'une Réclamation. L'injure ou l'insulte ne sont pas considérées contractuellement comme l'expression d'un Mécontentement.

Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)

Etat, médicalement constaté, d'une personne inapte totalement et irrémédiablement à tout travail ou occupation rémunérée et nécessitant l'assistance constante d'une tierce personne pour accomplir les actes de la vie ordinaire.

Réclamation

Déclaration actant, par téléphone, par courrier, ou par courriel, le Mécontentement d'un Assuré envers l'Assureur.

Rétablissement personnel

Procédure ouverte par le juge de l'exécution et entraînant la suspension des procédures d'exécution diligentes contre le débiteur et portant sur les dettes autres qu'alimentaires.

Rupture conventionnelle

Rupture du contrat de travail résultant d'un accord entre l'employeur et le salarié dans les conditions définies à l'article L.1237-11 du Code du travail.

Sinistre

Événement non connu de l'Assuré à la Date d'effet des garanties susceptible de mettre en jeu la garantie.

2.1 – les garanties indemnitaires

Les présentes garanties sont destinées à couvrir le remboursement des mensualités de l'assurance complémentaire santé ou de la garantie accident à laquelle elles sont rattachées.

L'Assureur garantit à l'Assuré la prise en charge de six (6) mensualités d'assurance complémentaire santé ou garantie accident dues au titre du Contrat complémentaire santé ou du Contrat garantie accident dont il est titulaire, à la suite de la survenance de l'un des événements suivants, **étant entendu que la prise en charge est, par contrat Coups Durs, plafonnée à 400 € (quatre cent euros) sur la durée totale d'indemnisation et limitée à un Sinistre par Année d'assurance, toutes garanties confondues.**

Perte d'emploi

En cas de perte d'emploi consécutive à un Licenciement ou à une Rupture conventionnelle, **sous réserve que les 5 conditions cumulatives suivantes soient remplies :**

- l'Assuré doit justifier, à la date de son Licenciement ou de la Rupture conventionnelle, avoir occupé un emploi salarié sous contrat de travail à durée indéterminée pendant 6 mois au moins chez le même employeur,
- le chômage doit être total,
- le chômage doit ouvrir droit au versement d'allocation d'assurance chômage (allocation d'aide au retour à l'emploi versée par le Pôle emploi, prestations versées par tout autre organisme gestionnaire d'une prestation équivalente pour les salariés du secteur public, allocations de formation versées dans le cadre d'une convention de reclassement ou d'une formation assurée par un centre agréé),
- le chômage doit être continu pendant au moins 30 jours à compter de la date de réception par l'Assuré, de la lettre d'admission au bénéfice des allocations d'assurance chômage envoyée par l'organisme concerné,
- la convocation à l'entretien préalable de Licenciement ou l'entretien de Rupture conventionnelle doit survenir **avant le soixantième (60ème) anniversaire de l'Assuré.**

Arrêt de travail :
En cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail (ITT), **sous réserve que les conditions cumulatives suivantes soient remplies :**

- en cas de Maladie, les premières constatations médicales

de la Maladie à l'origine de l'ITT doivent survenir après la Date d'effet des garanties,

- l'arrêt de travail consécutif à l'ITT doit être d'au moins 15 jours,

- l'ITT doit survenir **au plus tard au soixante-cinquième (65e) anniversaire de l'Assuré.**

Rétablissement personnel

En cas d'ouverture d'une procédure de Rétablissement personnel de l'Assuré.

Hospitalisation suite à un Accident

En cas d'hospitalisation de l'Assuré due à un Accident, **sous réserve que l'hospitalisation soit d'une durée d'au moins sept (7) jours consécutifs.**

Ne sont pas considérés comme des hospitalisations les séjours de cure, de repos, de convalescence, de rééducation, de soins thermaux, esthétiques ou de traitements des maladies mentales.

L'indemnité versée en cas d'hospitalisation suite à un Accident ne peut pas être cumulée avec celle versée en cas d'arrêt de travail.

Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)

En cas de PTIA de l'Assuré, consécutive à une Maladie ou à un Accident, **sous réserve que les conditions cumulatives suivantes soient remplies :**

- les premières constatations médicales de la Maladie à l'origine de la PTIA surviennent après la Date d'effet des garanties
- la PTIA survient avant le quatre-vingtième (80e) anniversaire de l'Assuré.

2.2 – L'information juridique par téléphone

L'Assuré bénéficie d'un service d'information juridique par téléphone qui répond à toute question relative aux événements garantis par le contrat : perte d'emploi, arrêt de travail, Rétablissement personnel, hospitalisation suite à un Accident et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA). Cette prestation est acquise à l'Assuré même en cas d'absence de Sinistre ou de Sinistre non garanti.

L'Assureur renseigne l'Assuré sur l'étendue de ses droits et obligations et l'oriente sur les moyens de les faire valoir à condition que la question porte sur le droit français.

Ce service est accessible sur simple appel téléphonique du lundi au vendredi de 8h à 20h et

le samedi de 8H à 18 H (hors dimanches, jours fériés ou chômés) au numéro : 02 43 39 35 06 (coût d'un appel non surtaxé).

Lors de son appel téléphonique l'Assuré communique ses nom, prénom, le code postal de son domicile ainsi que le numéro de contrat qui figure en tête de ce document.

3. TERRITORIALITE

Les garanties s'exercent dans le monde entier.

En cas d'Accident ou de Maladie survenant 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. Tout état d'Incapacité Temporaire Totale de Travail ou de PTIA de l'Assuré à la suite d'une Maladie ou d'un Accident garanti, survenu hors de France, doit être constaté médicalement en France pour ouvrir droit au paiement des prestations.

4. EXCLUSIONS DE GARANTIE

Sont exclus des garanties prévues en cas d'hospitalisation suite à un Accident, d'arrêt de travail ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie :

- La tentative de suicide de l'Assuré au cours de la première année qui suit la Date d'effet des garanties,
- La pratique sous licence des sports à risque suivants : sports mécaniques, sports aériens, spéléologie, escalade, saut à l'élastique, canyoning,
- La guerre mettant en cause l'État français, et les explosions ou radiations causées par la réaction nucléaire, une transmutation du noyau de l'atome ou la radioactivité,
- La rixe, sauf si l'Assuré agit en état de légitime défense ou pour venir en aide à une personne en danger,
- Les Accidents ou Maladies qui sont le fait volontaire de l'Assuré,
- Les conséquences de l'éthylisme, de l'usage de drogues ou de stupéfiants non prescrits médicalement ou d'hal-lucinogènes,
- Les Accidents dus à la conduite en état d'ivresse (taux d'alcoolémie supérieur au taux légal en vigueur au jour du Sinistre),
- Les Maladies dont la première constatation médicale

2. OBJET DES GARANTIES

est antérieure à la Date d'effet des garanties ainsi que leurs suites,

- La grossesse,
- Les séjours des personnes qui d'une manière irréversible n'ont plus leur autonomie ou dont l'état nécessite une surveillance constante et/ou des traitements d'entretien.

Sont exclus des garanties prévues en cas de perte d'emploi :

- Les actes à caractère frauduleux ou dolosif de l'Assuré ou d'un complice,
- Les démissions volontaires, légitimes ou non, même si elles sont indemnisées par le Pôle emploi ou par tout autre organisme gestionnaire d'une prestation équivalente pour les salariés du secteur public,
- Toute forme de cessation d'activité lorsque l'Assuré est dispensé de rechercher un nouvel emploi,
- Les fins de contrat de travail à durée déterminée ou de contrat temporaire de travail,
- Le Licenciement non indemnisé par le Pôle emploi ou par tout autre organisme gestionnaire d'une prestation équivalente pour les salariés du secteur public,
- Le chômage partiel ou saisonnier,
- Le Licenciement pour faute lourde,
- Le chômage consécutif au Licenciement de l'Assuré salarié de son conjoint, ascendant, descendant, collatéral ou d'une personne morale contrôlée ou dirigée par lui-même, son conjoint, ascendant, descendant, collatéral,
- Les Licenciements lorsque l'Assuré est domicilié à l'étranger,
- La rupture du contrat de travail au cours de la période d'essai.

5. LA MISE EN JEU DES GARANTIES

5.1- Déclaration de Sinistre

En cas de Sinistre, l'Assuré doit, dans les quatre-vingt dix (90) jours maximum qui suivent sa survenance, le déclarer à l'Assureur par téléphone au numéro : 02 43 39 35 06 (coût d'un appel non surtaxé).

Lors de son appel l'Assuré communique à l'Assureur ses nom, prénom et le code postal de son domicile ainsi que le numéro de contrat qui figure en tête de ce document.

Lors de cette communication téléphonique l'Assureur communique à l'Assuré la liste des pièces justificatives nécessaires à l'instruction du dossier à transmettre à l'adresse qu'il lui indique.

Tout Sinistre non déclaré dans le délai maximum de quatre-vingt-dix (90) jours qui suit sa survenance, sauf cas fortuit ou de force majeure, ne bénéficiera pas des garanties si l'Assureur établit que le retard lui a causé un préjudice.

Toute omission, réticence, fausse déclaration intentionnelle ou non dans la déclaration du Sinistre expose l'Assuré à une Déchéance de garantie.

5.2 - Pièces justificatives à joindre par l'Assuré à sa demande d'indemnisation

L'Assuré doit joindre à sa demande d'indemnisation les pièces justificatives ci-dessous énumérées à l'adresse indiquée par l'Assureur lors de la déclaration de Sinistre par téléphone.

Dans tous les cas

L'échéancier des cotisations d'assurance complémentaire santé dues au titre du Contrat complémentaire santé ou des cotisations d'assurance garantie accident dues au titre du Contrat garantie accident.

En cas de perte d'emploi

- La copie du certificat de travail de l'employeur, daté et signé, mentionnant la date de début et la date de fin du contrat de travail,
- Les décomptes d'allocations Pôle Emploi pour les salariés du secteur privé ou d'allocations équivalentes pour les salariés du secteur public,
- La copie de la lettre de Licenciement,
- La copie de la convention de Rupture conventionnelle.

En cas d'arrêt de travail

- Le certificat médical indiquant la nature de l'Accident ou de la Maladie qui justifie l'Incapacité Temporaire Totale de travail, la date de début et la durée probable de cet état,
- La copie des avis d'arrêt de travail.

En cas de Rétablissement personnel

- La copie du jugement prononçant le Rétablissement personnel,
- La décision de la commission de surendettement prononçant la liquidation du patrimoine de l'Assuré.

En cas d'hospitalisation suite à un Accident

- Le certificat du médecin traitant précisant la cause et la nature de l'hospitalisation,
- Le bulletin d'hospitalisation ou la facture faisant apparaître les dates d'entrée et de sortie.

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

- Un rapport médical circonstancié sur la cause, la nature, le début, l'évolution et la durée probable de la Maladie ou les conséquences prévisibles de l'Accident, ainsi que le degré de l'inaptitude au travail.

Dans tous les cas, l'Assureur se réserve le droit de demander tout autre document lui permettant d'apprécier la réalité du Sinistre déclaré.

5.3 - Paiement des indemnités

L'Assureur verse à l'Assuré l'indemnité qui lui est due dans un délai de quinze (15) jours à compter du jour où il dispose d'un dossier complet, **étant entendu que la prise en charge est limitée, par contrat Coups Durs, à un Sinistre par Année d'assurance, toutes garanties confondues.**

6. SUBROGATION

Conformément à l'article L 121-12 du Code des Assurances, en cas de règlement partiel ou total d'indemnités, l'Assureur est subrogé automatiquement dans tous droits et actions de l'Assuré, à concurrence du montant des indemnités réglées.

7. PRESCRIPTION

Toute action relative à l'application du présent contrat d'assurance se prescrit par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance conformément aux Articles L.114-1, L.114-2 et L.114-3 du Code des Assurances. La prescription peut être interrompue par une des causes ordinaires d'interruption : toute demande en justice, même en référé, tout acte d'exécution forcée, toute reconnaissance par l'Assureur du droit à garantir l'Assuré ou toute reconnaissance de dette de l'Assuré envers l'Assureur. Elle est également interrompue par la désignation d'un expert à la suite d'un Sinistre, par 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 cotisation, par l'Assuré à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Article L 114-1 du Code des Assurances : Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

- 1° En cas de réticence, omission, déclaration 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 L 114-2 du Code des Assurances : 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 des Assurances :

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.

8. PRISE D'EFFET ET DUREE DES GARANTIES ACCORDEES AUX ASSURES

Les garanties prennent effet à la date de prise d'effet du Contrat complémentaire santé ou du Contrat garantie accident souscrit par l'Assuré. Elles sont acquises pour la durée de vie du Contrat complémentaire santé ou du Contrat garantie accident.

Les garanties prennent fin :

- Au 60ème anniversaire de l'Assuré pour les garanties perte d'emploi,
- Au 65e anniversaire de l'Assuré pour les garanties arrêt de travail,
- Au 80ème anniversaire de l'Assuré pour la garantie PTIA,
- En cas de non-paiement des cotisations,
- En cas de décès de l'Assuré,
- De plein droit à la date de versement de l'indemnité pour la garantie PTIA,
- De plein droit en cas de dénonciation du présent contrat n° 8 586 018 par le Souscripteur ou par l'Assureur à l'échéance annuelle. Dans ce cas, le Souscripteur s'engage à en informer chaque Assuré deux (2) mois avant la date d'effet de la résiliation,
- De plein droit en cas de résiliation par l'Assuré du Contrat complémentaire santé ou du Contrat garantie accident intégrant la présente garantie.

9. RECLAMATION

Par téléphone, par courrier ou par courriel, en cas de difficultés dans l'application des dispositions du présent contrat :

- 1) L'Assuré contacte son interlocuteur DAS sur la cause spécifique de son Mécontentement (information juridique, Sinistre, ...)
- 2) Son interlocuteur est là pour l'écouter et lui apporter une réponse.

Sous 10 jours ouvrables maximum, il recevra un accusé réception. Il sera tenu informé de l'avancement de l'examen de sa situation, et recevra sauf exception, une réponse au plus tard dans les deux mois qui suivent la réception de sa Réclamation.

2) Dans le cas où son Mécontentement persiste, ou si ce dernier échange ne lui donne pas satisfaction, il pourra solliciter

directement le Service Réclamations Clients DAS – 33 rue de Sydney 72045 LE MANS CEDEX 2. Il recevra un accusé réception dans les 10 jours ouvrables maximum suivant sa sollicitation et il sera tenu informé de l'avancement de l'examen de sa situation. Le Service Réclamation clients DAS, après avoir réexaminé tous les éléments de sa demande, lui fera part de son analyse dans les deux mois, sauf exceptions, qui suivent la réception de sa Réclamation par DAS.

3) En cas de désaccord avec cette analyse, il aura la possibilité de solliciter l'avis du Médiateur, dont le Service Réclamations Clients DAS lui aura transmis les coordonnées.

En cas d'échec de cette démarche, l'Assuré conserve naturellement l'intégralité de ses droits à agir en justice.

10. LANGUE ET LÉGISLATION

La langue utilisée est le français. Les relations précontractuelles et le présent contrat sont régis par le droit français.

Tout litige né de l'exécution, de l'inexécution ou de l'interprétation du présent contrat sera de la compétence des juridictions françaises.

11. INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique et aux libertés modifiée par la loi n° 2004-801 du 6 août 2004.

Les données personnelles communiquées par l'Assuré (par téléphone, messagerie électronique ou autrement) sont nécessaires pour les traitements informatiques liés à la gestion du contrat.

Elles peuvent également faire l'objet de traitements spécifiques et d'informations aux autorités compétentes dans le cadre des dispositions législatives et réglementaires en vigueur notamment relatives à la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme.

Elles pourront être utilisées par les mandataires, les réassureurs, les partenaires et organismes professionnels de l'Assureur.

L'Assuré peut à tout moment exercer ses droits d'opposition, de communication, de rectification, et de suppression par courrier adressé au **Service Réclamations Clients DAS - 33, rue de Sydney -72045 LE MANS cedex 2.**

Notice du Contrat Assistance

Valant Conditions Générales au 01/08/2015

N° CFA - 2013 - 01

Contrat Assistance PRAECONIS N°2015-498 souscrit par PRAECONIS, 6 rue Paul Morel 70000 Vesoul auprès de FIDÉLIA ASSISTANCE pour le compte des adhérents.

FIDÉLIA ASSISTANCE

Société anonyme au capital de 21 593 600 Euros entièrement libéré, régie par le Code des Assurances RCS NANTERRE 377 768 601 dont le siège social est au : 27 Quai Carnot 92210 SAINT-CLOUD.

CONDITIONS D'INTERVENTION

Les prestations d'assistance du présent contrat s'exercent en FRANCE, à l'exception de l'article 18 qui s'exerce à l'étranger.

FIDÉLIA ASSISTANCE intervient lorsque l'**ASSURÉ** est victime d'une maladie soudaine et imprévisible, d'un accident corporel ou d'un décès, à l'exception de la prestation « Service Info/Accompagnement » qui est toujours acquise.

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE

En cas de besoin d'assistance, les **ASSURÉS** pourront contacter **FIDÉLIA ASSISTANCE** aux numéros de téléphone suivants :

-Numéro de FRANCE :

0 800 746 552

-Numéro de l'étranger :

00 33 1 47 11 25 24

La permanence téléphonique sera ouverte aux bénéficiaires du contrat 7jours/7 et 24heures/24.

Lors du 1^{er} appel, l'**ASSURÉ** doit indiquer :

• Ses nom et prénom

• Son numéro d'adhérent au contrat **PRAECONIS** et le nom de ce contrat

• L'endroit où il se trouve, son adresse

• Le numéro de téléphone où le joindre

L'organisation par l'**ASSURÉ** ou son entourage de l'une des prestations d'assistance ne peut donner lieu à remboursement que si **FIDÉLIA ASSISTANCE** a été prévenue de cette procédure et a communiqué son accord par un numéro de dossier.

Dans ce cas, les frais sont remboursés à l'**ASSURÉ** sur justificatif original et dans la limite de ceux qui auraient été engagés par **FIDÉLIA ASSISTANCE** pour organiser le service.

DÉFINITIONS

ACCIDENT

Tout événement soudain, imprévisible et violent, extérieur à la victime et indépendant de sa volonté.

ADHERENT

Toute personne physique ayant la qualité d'adhérent à un contrat bénéficiant des présentes garanties.

ANIMAUX DE COMPAGNIE

Il s'agit des animaux considérés usuellement comme familiaux tels chiens, chats, oiseaux.

ASSURÉ

• Toute personne physique, ayant la qualité d'**ADHERENT**, dont le domicile est situé en France Métropolitaine ainsi qu'en Corse ou dans la Principauté de Monaco.

• Le conjoint, vivant sous le même toit que lui, ou son compagnon en cas de concubinage notoire.

• Les ascendants et descendants fiscalement à charge et vivant sous le même toit que lui.

ASSUREUR FIDÉLIA ASSISTANCE

27 quai Carnot

92210 SAINT CLOUD

ATTEINTE CORPORELLE

Blessure ou maladie dont la nature risque de porter atteinte à la vie même du patient ou d'engendrer, à brève échéance, une aggravation importante de son état si des soins adéquats ne lui sont pas prodigués rapidement.

FRANCE

France Métropolitaine, Corse et Principauté de Monaco.

HOSPITALISATION

Tout séjour d'une durée supérieure à 24 heures dans un hôpital ou une clinique.

HOSPITALISATION IMPRÉVUE

Toute hospitalisation immédiate consécutive à une maladie soudaine et imprévisible ou à un accident corporel.

IMMOBILISATION

Obligation de demeurer au domicile sur prescription médicale suite à une atteinte corporelle grave, soudaine et imprévisible.

MALADIE

Toute altération soudaine et imprévisible de la santé constatée par une autorité médicale compétente.

PRISE EN CHARGE

Pour bénéficier des prestations d'assistance, il est indispensable de contacter, préalablement à toute intervention, **FIDÉLIA ASSISTANCE** afin d'obtenir un numéro de dossier qui seul justifiera une prise en charge des interventions.

PROCHES PARENTS

Les ascendants et descendants au 1^{er} degré, le conjoint, le frère, la sœur, le beau-père, la belle-mère, le gendre, la belle-fille, le beau frère et la belle sœur de l'**ASSURÉ**.

SINISTRE

Tout événement justifiant l'intervention de **FIDÉLIA ASSISTANCE**.

SOUSCRIPTEUR PRAECONIS

6 rue Paul Morel
70000 VESOUL

TITRE DE TRANSPORT

• Pour les trajets en train dont la durée

est inférieure à 5 heures, il sera remis un billet de train 1^{ère} classe.

• Pour les trajets en train dont la durée est supérieure à 5 heures, il sera remis un billet d'avion classe touristique.

GARANTIES EN CAS D'URGENCE MÉDICALE AU DOMICILE

1. PERMANENCE MÉDICALE

L'**ASSURÉ** aura la faculté d'appeler à tout moment **FIDÉLIA ASSISTANCE** pour un contact avec un médecin. Celui-ci communiquera des informations ou renseignements, mais ne pourra en aucun cas faire des consultations médicales par téléphone.

Ces renseignements concernent les domaines suivants :

-hygiène de vie (alimentation, etc.) ;

-préparation aux voyages ;

-maladies infantiles ;

-réaction aux médicaments ;

-vaccinations.

Ces conseils sont à la disposition de l'**ASSURÉ** du lundi au vendredi de 9 h à 19 h, et bien sûr en cas d'urgence 24 h/24 h - 7 jours/7.

2. RECHERCHE ET ENVOI D'UN MÉDECIN

À la demande de l'**ASSURÉ**, le service médical de **FIDÉLIA ASSISTANCE** envoie dans les meilleurs délais, et selon les disponibilités locales, un médecin au domicile de l'**ASSURÉ**.

Cette garantie s'exerce notamment lorsque le médecin traitant habituel de l'**ASSURÉ** ne peut être joint.

En cas d'urgence, le service de régulation médicale de **FIDÉLIA ASSISTANCE** mobilisera les services compétents que constituent : SAMU, Pompiers, Police Secours ou Autres, afin que l'un d'entre eux se rende rapidement au domicile de l'**ASSURÉ** malade ou accidenté.

Les frais de soins et honoraires de ce médecin restent à la charge de l'ASSURÉ.

3. ENVOI D'UNE INFIRMIÈRE OU D'UN PERSONNEL PARAMÉDICAL

FIDÉLIA ASSISTANCE intervient dans les mêmes conditions que la prestation « Recherche et envoi d'un médecin » pour la recherche et l'envoi d'une infirmière ou d'un personnel paramédical.

4. TRANSFERT À L'HÔPITAL

Si le médecin intervenant ordonne une hospitalisation, **FIDÉLIA ASSISTANCE** réserve un lit en milieu hospitalier le plus proche du domicile ou le plus apte à répondre aux besoins, sous réserve de l'accord du centre d'admission.

Si l'**ASSURÉ** en fait la demande, **FIDÉLIA ASSISTANCE** recherche une ambulance et organise le transport de l'**ASSURÉ** malade ou blessé jusqu'à son lieu d'hospitalisation sans aucune prise en charge financière.

Si le retour au domicile de l'**ASSURÉ** doit s'effectuer en ambulance ou VSL, et si l'**ASSURÉ** en fait la demande, **FIDÉLIA ASSISTANCE** organise son retour, sans aucune prise en charge financière.

5. ACHEMINEMENT DE MÉDICAMENTS

Sur appel de l'**ASSURÉ**, **FIDÉLIA ASSISTANCE** organise et prend en charge l'acheminement de médicaments au domicile de l'**ASSURÉ**, y compris la nuit, les samedis, les dimanches et jours fériés, si celui-ci est dans l'incapacité physique de se déplacer, conséquence directe de l'affection en cause, le tout médicalement constaté et attesté, et s'il s'agit de médicaments indispensables au traitement immédiat de l'**ASSURÉ** selon la prescription médicale.

Cette garantie s'applique si l'**ASSURÉ** ne peut faire intervenir aucun membre de son entourage. **FIDÉLIA ASSISTANCE** n'est pas tenue à l'exécution de ces obligations dans le cas où dans un rayon maximum de 50 km autour du domicile de l'**ASSURÉ**, le ou les médicaments concernés ne seraient pas disponibles.

Le coût du ou des médicaments et le surcoût dû au jour et à l'heure de l'intervention sont pris en charge financièrement par l'**ASSURÉ**.

La prise en charge de l'acheminement de médicaments ne peut dépasser 2 interventions par année civile et par **ASSURÉ**.

GARANTIES EN CAS D'HOSPITALISATION IMPRÉVUE

6. TRANSMISSION DES MESSAGES URGENTS

Si l'**ASSURÉ** en fait la demande, **FIDÉLIA ASSISTANCE** se charge de retransmettre gratuitement, par les moyens les plus rapides, les messages ou nouvelles émanant de l'**ASSURÉ** à toute personne résidant en FRANCE. D'une manière générale, la retransmission des messages est subordonnée à :

-une justification de la demande ;
 -une expression claire et explicite du message à retransmettre ;
 -une indication précise des nom, prénom, adresse complète et éventuellement numéro de téléphone de la personne à contacter.

Cette transmission est effectuée sous la responsabilité de l'**ASSURÉ**.

7. PRISE EN CHARGE DES ENFANTS OU PETITS-ENFANTS DE MOINS DE 15 ANS

Si personne ne peut assurer la garde des enfants ou petits-enfants de l'**ASSURÉ**, âgés de moins de 15 ans, **FIDÉLIA ASSISTANCE** organise et prend en charge :
 -Soit le transfert aller/retour d'un proche parent résidant en FRANCE pour garder les enfants ou petits-enfants au domicile de l'**ASSURÉ**.

-Soit le transfert aller/retour accompagné des enfants ou petits-enfants chez un proche parent résidant en **FRANCE**.

-Soit leur garde par une personne qualifiée à raison de 10 h par jour pendant 2 jours. Cette aide maternelle pourra assurer la garde des enfants ou petits-enfants âgés de moins de 15 ans à son domicile ou à celui de l'**ASSURÉ**.

8. PRISE EN CHARGE DES PERSONNES DÉPENDANTES

Si personne ne peut assurer la garde des personnes dépendantes de l'**ASSURÉ** vivant habituellement au foyer, et qu'elles ne peuvent rester temporairement seules, **FIDÉLIA ASSISTANCE** organise et prend en charge :

-Soit le transfert aller/retour d'un proche parent résidant en **FRANCE** pour garder les personnes dépendantes au domicile de l'**ASSURÉ**.

-Soit le transfert aller/retour des personnes dépendantes chez un proche parent résidant en **FRANCE**.

-Soit leur garde par une personne qualifiée à raison de 10 h par jour pendant 2 jours.

9. GARDE DES ANIMAUX DE COMPAGNIE

Si l'**ASSURÉ** n'a personne à qui confier ses animaux de compagnie, **FIDÉLIA ASSISTANCE** organise et prend en charge leur garde dans un établissement spécialisé, sous réserve que ceux-ci aient reçu les vaccinations obligatoires.

La prise en charge ne pourra excéder une période de 30 jours.

GARANTIES EN CAS D'HOSPITALISATION IMPRÉVUE SUPÉRIEURE À 4 JOURS

10. AIDE A DOMICILE

Lorsque l'**ASSURÉ** aura été hospitalisé d'urgence et que cette hospitalisation imprévue aura duré plus de 4 jours, il pourra bénéficier des services d'une aide à domicile dès son retour au domicile, pour le soulager d'une partie des tâches ménagères qui lui incombent habituellement et que sa convalescence ne lui permet pas d'assumer.

L'aide à domicile pourra ainsi assurer, les jours ouvrés, tout ou partie de l'entretien courant du foyer, faire les achats quotidiens ou encore préparer les repas.

La mise en place de cette garantie sera déterminée en fonction de l'état de santé et/ou de la situation de famille de l'**ASSURÉ**, par le service médical de **FIDÉLIA ASSISTANCE** et définie de la façon suivante :

- **8 heures par tranche de 2 h par jour dans les 5 jours ouvrés suivant son retour au domicile ;**
- **2 heures supplémentaires en cas de présence d'enfant de moins de 10 ans ou d'une personne handicapée ou si l'**ASSURÉ** vit seul au domicile.**

Cette garantie s'exerce également, dans les mêmes conditions, en cas de séjour en maternité de plus de 8 jours

GARANTIE EN CAS D'HOSPITALISATION IMPRÉVUE D'UNE PERSONNE AGÉE DE PLUS DE 75 ANS

11. TÉLÉASSISTANCE

Si l'**ASSURÉ** est âgé de plus de 75 ans et qu'il se trouve isolé pendant sa convalescence après une hospitalisation imprévue de plus de 48 heures, **FIDÉLIA ASSISTANCE** met gracieusement à sa disposition un appareil de Téléassistance pendant une durée de 3 mois.

Au-delà de cette période, l'**ASSURÉ** aura la possibilité, s'il le souhaite, de prolonger cette mise à disposition dans le cadre d'un abonnement individuel à tarif préférentiel.

GARANTIES EN CAS D'ATTEINTE CORPORELLE OU DE DÉCÈS DE L'ASSURÉ

12. ACCOMPAGNEMENT MEDICO-SOCIAL

En cas de graves problèmes de santé ou de décès, **FIDÉLIA ASSISTANCE** se chargera de faire réaliser un bilan de la situation de l'**ASSURÉ** par une Assistante Sociale qui l'aidera à organiser ses démarches auprès des organismes appropriés, en prenant contact, s'il le souhaite, avec les services sociaux dont il dépend.

13. ACCOMPAGNEMENT PSYCHOLOGIQUE

En cas d'atteinte corporelle En cas d'atteinte corporelle ou de décès de l'**ASSURÉ**, **FIDÉLIA ASSISTANCE** met à la disposition de l'**ASSURÉ** ou d'un autre **ASSURÉ**, une équipe de psychologues cliniciens destinés à lui apporter un soutien moral, avec 5 entretiens téléphoniques au maximum.

De même, **FIDÉLIA ASSISTANCE** pourra mettre en relation cet **ASSURÉ** avec un psychologue en ville. **FIDÉLIA ASSISTANCE** organise et prend en charge la 1^{ère} consultation dans la limite de 52 €.

Les frais de consultation suivants restent à la charge de l'**ASSURÉ**.

GARANTIES EN CAS DE MALADIE SOUDAINE ET IMPRÉVISIBLE OU D'ACCIDENT CORPOREL D'UN ENFANT DE MOINS DE 15 ANS D'UN ASSURÉ

14. GARDE DES ENFANTS IMMOBILISÉS AU DOMICILE PLUS DE 48 HEURES

Si le médecin traitant estime que l'état de santé de l'enfant de l'**ASSURÉ** immobilisé nécessite la présence d'un proche à son chevet, et que ni l'**ASSURÉ**, ni son conjoint ou concubin ne peuvent assumer cette tâche, **FIDÉLIA ASSISTANCE** organise et prend en charge :

- Soit le transfert aller/retour d'un proche parent résidant en **FRANCE** pour garder les enfants au domicile de l'**ASSURÉ**.
- Soit une garde d'enfant malade au domicile de l'**ASSURÉ** jusqu'à **30 heures réparties sur une période de 3 à 10 jours ouvrés consécutifs, selon les besoins de l'**ASSURÉ**, soit l'équivalent d'environ 600€ TTC maximum.**

L'appréciation du médecin doit nous être confirmée par l'envoi ultérieur d'un certificat médical établi avant l'appel.

La mise à disposition d'une aide maternelle et la prise en charge de sa rétribution ne peuvent dépasser une intervention par année civile pour chaque enfant.

15. ÉCOLE À DOMICILE SUITE À UNE IMMOBILISATION SUPÉRIEURE A 15 JOURS

Si, à la suite d'un accident corporel ou d'une maladie soudaine et imprévisible, l'enfant scolarisé de l'**ASSURÉ** se trouve dans l'incapacité médicalement constatée de reprendre ses cours, et que cette obligation entraîne une absence scolaire supérieure à 15 jours, **FIDÉLIA ASSISTANCE** fournit une aide pédagogique à partir du 16^{ème} jour d'immobilisation.

Pour cela, **FIDÉLIA ASSISTANCE** recherche et prend en charge un répétiteur se déplaçant au domicile pour donner des cours dans les matières principales, à concurrence de **10 heures par semaine d'absence** (du lundi au vendredi hors période de vacances scolaires et jours fériés), tant que l'enfant n'est pas en mesure de retourner à l'école et jusqu'à la fin de l'année scolaire en cours, si nécessaire.

Cette aide pédagogique s'adresse exclusivement aux enfants scolarisés en **FRANCE** du cours préparatoire à la classe de terminale. Elle est subordonnée à l'existence d'un ou plusieurs répétiteurs dans un rayon de 25 km du domicile de l'**ASSURÉ**.

16. GARDE DES AUTRES ENFANTS DE MOINS DE 15 ANS

Si l'un des enfants de l'**ASSURÉ** est hospitalisé pour une durée supérieure à 48 heures par suite de maladie soudaine et imprévisible ou d'accident corporel et que son état de santé nécessite la présence d'une personne à son chevet, et que ni l'**ASSURÉ**, ni son conjoint ou concubin ne peuvent s'occuper des autres enfants âgés de moins de 15 ans, **FIDÉLIA ASSISTANCE** organise et prend en charge :

- Soit le transfert aller/retour d'un proche parent résidant en **FRANCE** pour garder les enfants au domicile de l'**ASSURÉ**.
- Soit le transfert aller/retour accompagné des enfants chez un proche parent résidant en **FRANCE**.
- Soit leur garde par une personne qualifiée à raison de 10H par jour pendant 2 jours. Cette aide maternelle pourra assurer la garde des enfants âgés de moins de 15 ans à son domicile ou à celui de l'**ASSURÉ**. Cette prestation est plafonnée à 1 intervention par année civile pour chaque enfant.

GARANTIES EN CAS DE DÉCÈS DE L'ASSURÉ

17. EN CAS DE DÉCÈS D'UN ASSURÉ

FIDÉLIA ASSISTANCE garantit dans les mêmes conditions que celles définies au chapitre « Garanties en cas d'hospitalisation imprévue » :

- La prise en charge des enfants ou petits-enfants âgés de moins de 15 ans,
- La prise en charge des personnes dépendantes,
- La garde des animaux de compagnie,
- La transmission des messages urgents,

De plus, **FIDÉLIA ASSISTANCE** se charge de faire :

-Une avance sur place, contre remise d'un chèque ou, à défaut, et après étude au cas par cas, contre reconnaissance de dette, à concurrence d'un montant maximum de **3 000 euros**, pour les premiers frais de nécessité.

FIDÉLIA ASSISTANCE sera remboursée des frais engagés dans un délai d'un mois, à charge pour elle de récupérer le montant de l'avance auprès des ayants droit de l'**ASSURÉ**.

ASSISTANCE À L'ÉTRANGER

18. PRISE EN CHARGE COMPLÉMENTAIRE - AVANCE DES DÉPENSES DE SANTÉ ENGAGÉES À L'ÉTRANGER

Les dispositions suivantes concernent les frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation engagés à l'étranger à la suite d'un accident ou d'une maladie soudaine et imprévisible.

• La prise en charge vient en complément des remboursements que l'**ASSURÉ** ou les ayants droit auront obtenus auprès de la Sécurité Sociale, de la Mutuelle et de tout autre organisme de prévoyance ou d'assurance. Son montant peut s'élever jusqu'à **5 000 € TTC** pour une maladie soudaine et imprévisible ou un accident et jusqu'à **150 € TTC** pour des frais dentaires.

• En cas d'hospitalisation suite à une maladie soudaine et imprévisible ou un accident, l'**ASSURÉ** peut bénéficier d'une avance jusqu'à **5 000 € TTC** du montant nécessaire au paiement des frais.

L'**ASSURÉ** s'engage alors :

-à effectuer toutes les démarches nécessaires pour obtenir le remboursement de ces frais auprès des organismes auxquels il est affilié,

-à reverser à **FIDÉLIA ASSISTANCE** toute somme perçue de la part de ces organismes en remboursement des frais concernés.

Pour donner lieu à remboursement, toute hospitalisation ou intervention chirurgicale doit être déclarée à **FIDÉLIA ASSISTANCE** dans un délai de 5 jours maximum.

Dans tous les cas (hospitalisation, intervention chirurgicale ou frais dentaires à l'étranger), une franchise de **30 € TTC** par dossier sera retenue.

L'**ASSURÉ** ou ses ayants droit s'engagent alors à effectuer toutes les démarches nécessaires pour obtenir le remboursement de ces frais auprès des organismes auxquels il est affilié et à reverser immédiatement à **FIDÉLIA ASSISTANCE** toute somme perçue à ce titre.

DISPOSITION PARTICULIÈRE

La prise en charge des frais d'hospitalisation à l'Étranger cesse à dater du jour où l'**ASSURÉ** est rentré en **FRANCE**.

Ne donnent pas lieu au remboursement :

- les frais médicaux inférieurs à 30 € TTC,
- les frais de soins dentaires supérieurs à 150 € TTC,

- les frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation concernant les convalescences et les affections en cours de traitement et non encore consolidées,
- les maladies préexistantes diagnostiquées et/ou traitées, ayant fait l'objet d'une hospitalisation dans les six mois précédant la demande d'assistance,
- les frais de prothèse internes, optiques, dentaires, acoustiques, fonctionnelles, esthétiques ou autres,
- les frais engagés en FRANCE qu'ils soient ou non consécutifs à un accident ou une maladie survenus à l'étranger ou dans les pays de résidence,
- les frais consécutifs aux traitements ordonnés en France avant le départ ou après le retour,
- les frais consécutifs aux tentatives de suicide,
- les frais occasionnés par les conséquences physiques et psychiques de l'usage de stupéfiants ou drogues non ordonnées médicalement et alcools,
- les frais de transport primaire d'urgence, de recherche en montagne et de secours en mer.

SERVICE INFO / ACCOMPAGNEMENT

19. CONSEILS SPÉCIALISÉS

Sur simple appel téléphonique, 7 jours/7, l'un des médecins de FIDÉLIA ASSISTANCE :

– répond aux questions d'ordre médical ou diététique ;

– indique, en accord avec le médecin traitant, les types de cure correspondants à l'état de santé de l'ASSURÉ et recherche les Centres spécialisés en FRANCE ;

– recherche et indique les établissements médicaux spécialisés qui peuvent recevoir l'ASSURÉ si celui-ci souffre d'un handicap, sans toutefois pouvoir garantir que le centre ou l'établissement indiqué l'accueillera.

20. INFORMATIONS JURIDIQUES ET «VIE PRATIQUE»

À la demande de l'ASSURÉ et sur simple appel téléphonique du lundi au vendredi (hors jours fériés) de 9 heures à 19 heures, FIDÉLIA ASSISTANCE recherche et communique à l'ASSURÉ le ou les renseignement(s) nécessaire(s) à la résolution des problèmes de la vie familiale et quotidienne :

- Renseignements vie pratique.
 - Renseignements juridiques.
- (à l'exception des problèmes liés à la vie professionnelle de l'ASSURÉ).

La responsabilité de FIDÉLIA ASSISTANCE ne pourra en aucun cas être recherchée dans le cas d'une mauvaise utilisation ou d'une interprétation inexacte du ou des renseignements communiqués.

Ces renseignements concernent les domaines suivants :

RENSEIGNEMENTS VIE PRATIQUE

SERVICES PUBLICS

- E.D.F. / G.D.F.
- Le Téléphone
- La S.N.C.F.

- La Poste
- La Redevance de Télévision
- La Mairie :
Pour quels services ?
- La Préfecture :
À qui s'adresser ?
- Le Médiateur :
Comment le saisir ?
- Les Élections
- Accidents sur la voie publique

HABITATION - LOGEMENT

- Acquisition - Construction
- Financement
- Loyer, Bail, Congé
- Copropriété
- Vente, Achat en Viager
- Résidence secondaire
- Urbanisme
- Expropriation
- Les Professionnels de l'Immobilier
- Organismes à consulter

FORMALITÉS - CARTES - PERMIS

- État civil
- Passeport
- Casier judiciaire
- Cartes et Permis
- Obligations militaires
- Si vous déménagez

VACANCES - LOISIRS

- Vacances en Famille
- Enfants et Adolescents
- Camping et Caravaning
- Voyages organisés
- Loisirs : Centres et Mouvements de Jeunes
- Activité de Plein-Air
- Activités culturelles
- Loisirs du 3ème Âge
- Vacances à l'Étranger
- Votre Argent en Vacances

IMPÔTS - FISCALITÉ

- Qui est imposable / Imprimé à remplir
- Traitements et Salaires
- Revenus fonciers
- BIC
- BNC
- Plus Values
- Charges à déduire / Calcul de l'Impôt
- Impôts locaux
- Réclamations, Paiement, Contrôles

SALAIRES

- Le Contrat de Travail
- La Réglementation du Travail
- Le Licenciement
- Le Chômage
- Le Travail à Domicile
- Les Fonctionnaires
- Travailler à l'Étranger
- Le Travail temporaire

ASSURANCES SOCIALES ALLOCATIONS - RETRAITES

- Les Salariés
- Les Fonctionnaires
- Les Commerçants - Artisans - Professions libérales
- Les Agriculteurs
- Les Prestations familiales
- Les Accidents du Travail
- La Pension de Réversion des Salariés
- La Pension de Réversion des non-Salariés
- Aide Sociale

ENSEIGNEMENT - FORMATION

- L'École Maternelle
- L'École Primaire
- L'Enseignement Secondaire
- Après le Baccalauréat
- Les Bourses du Second Degré
- Les Aides Financières pour les Étudiants
- Protection Sociale des Étudiants

- Centre National de Télé-Enseignement
- Collèges et Lycées Spéciaux
- Le Congé de Formation des Salariés

PROBLÈME DE L'ENFANCE

- Conseils pédagogiques et psychologiques adaptés.

RENSEIGNEMENTS JURIDIQUES

(à l'exception des problèmes liés à la vie professionnelle de l'ASSURÉ)

DROIT DES CONSOMMATEURS

- Consommateurs :
Litiges, Abus, Recours
- Argent et Chèques dans la vie quotidienne
- Santé :
Bilan, Prévention, Conseils
- Personnels et Employés de Maison
- Protection de la Vie Privée
- Relations de Voisinage
- L'Énergie dans la vie quotidienne
- Automobiles :
Achat, Vente, Conseils
- Comment créer une Association ?

JUSTICE - DÉFENSE - RECOURS

- À qui vous adresser
- Comment porter plainte
- Les Juridictions Civiles
- Les Juridictions Administratives
- Les Juridictions Pénales
- Les Frais de Justice
- L'Aide Judiciaire
- Les Amendes Pénales

FAMILLE - MARIAGE - DIVORCE - SUCCESSION

- Les Régimes Matrimoniaux
- La Grossesse et la Naissance
- L'Émancipation des Mineurs
- L'Union Libre
- Le Divorce
- L'Adoption
- L'Éducation des Enfants
- Prévoir sa Succession
- Le Décès
- Les Handicapés

EXCLUSIONS GÉNÉRALES

Dans tous les cas, l'organisation des premiers secours est à la charge des autorités médicales.

Les prestations qui n'auront pas été utilisées par l'ASSURÉ lors de la durée de la garantie excluent un remboursement a posteriori ou une indemnité compensatoire.

Sont également exclus les dommages provoqués intentionnellement par l'ASSURÉ.

Toute fraude, falsification ou faux témoignage intentionnel permettra à FIDÉLIA ASSISTANCE d'opposer à l'ASSURÉ la nullité du présent contrat (Article L 113-8 du Code des Assurances).

Les interventions ou traitements d'ordre essentiellement esthétique.

Les bilans de santé, check-up, examens médicaux faisant partie d'un dépistage à titre préventif, les traitements ou analyses réguliers et, d'une manière générale, toute intervention ayant un caractère répétitif et/ou régulier.

Les maladies mentales.

Les maladies chroniques et/ou répétitives, complications,

rechutes de maladies constituées antérieurement et comportant un risque d'aggravation brutale ou proche.

Les hospitalisations répétitives pour une même cause.

Les hospitalisations à domicile, celles-ci n'étant pas assimilées à des hospitalisations pour l'application des garanties.

Les séjours en maison de repos, de convalescence, centre de gériatrie, hospice, centre de cures médicales, dont le but n'est pas le traitement actif et curatif d'une affection pathologique médicale ou d'une intervention chirurgicale.

Les séjours en maison de rééducation (sauf pour rééducation fonctionnelle motrice à la suite d'un accident ou d'une intervention chirurgicale).

Les conséquences de maladies ou accidents causés intentionnellement, ou qui résultent d'un suicide, d'une tentative de suicide ou d'une mutilation volontaire.

Les états résultant de l'usage de drogues, de stupéfiants ou d'alcool.

CIRCONSTANCES EXCEPTIONNELLES

FIDÉLIA ASSISTANCE s'engage à mobiliser tous les moyens d'action dont elle dispose pour effectuer l'ensemble des prestations d'assistance prévues dans le contrat.

Cependant, FIDÉLIA ASSISTANCE ne peut être tenue pour responsable ni de la non-exécution, ni des retards provoqués :

- par la guerre civile ou étrangère déclarée ou non;
- par la mobilisation générale;
- par la réquisition des hommes et du matériel par les autorités;
- par tout acte de sabotage ou de terrorisme commis dans le cadre d'actions concertées ;
- par les conflits sociaux tels que grèves, émeutes, mouvements populaires, lock-out, etc..;
- par les cataclysmes naturels;
- par les effets de la radioactivité;
- par tous les cas de force majeure rendant impossible l'exécution du contrat.

Dans les zones épidémiques, ne peuvent donner lieu à intervention :

- les situations à risque infectieux en contexte épidémique faisant l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillance spécifique de la part des autorités sanitaires locales et/ou nationales du pays d'origine ;
- les états pathologiques résultants :
- d'une maladie infectieuse contagieuse ou de l'exposition à des agents biologiques infectants,
- d'une exposition à des substances chimiques type gaz de combat, incapacitants neurotoxiques, etc. ou à effets toxiques rémanents,
- d'une contamination par radio nucléides.

FIDÉLIA ASSISTANCE ne pourra en aucun cas se substituer aux services de secours publics.

PROTECTION DES ACCIDENTS DE LA VIE COURANTE (PAVC)

Conditions :

- compléter et signer ce formulaire ;
- L'envoyer par **lettre recommandée avec avis de réception** ;
- Utiliser l'adresse figurant au dos ;
- **L'expédier au plus tard le trentième jour à partir du jour de la date de souscription du contrat ou, si ce délai expire normalement un samedi, un dimanche ou jour férié ou chômé, le premier jour ouvrable suivant.**

Je soussigné, déclare annuler le contrat ci-après : PROTECTION DES ACCIDENTS DE LA VIE COURANTE (PAVC)

Date de la souscription du contrat :

Nom et prénom de l'adhérent :

Adresse de l'adhérent :

Code postal de l'adhérent :

Ville de l'adhérent :

Signature obligatoire de l'adhérent :

CODE DE LA CONSOMMATION

Sélection des ARTICLES RELATIFS AU DEMARCHAGE A DOMICILE Art L 121-21

Est soumis aux dispositions de la présente section quiconque pratique ou fait pratiquer le démarchage, au domicile d'une personne physique, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, afin de lui proposer l'achat, la vente, la location, la location-vente ou la location avec option d'achat de biens ou la fourniture de services.

Est également soumis aux dispositions de la présente section le démarchage dans les lieux non destinés à la commercialisation du bien ou du service proposé et notamment l'organisation par un commerçant ou à son profit de réunions ou d'excursions afin de réaliser les opérations définies à l'alinéa précédent.

Article L 121-23

Les opérations visées à l'article L 121-21 doivent faire l'objet d'un contrat dont un exemplaire doit être remis au moment de la conclusion de ce contrat et comporter, à peine de nullité, les mentions suivantes :

- Noms du fournisseur et du démarcheur,
- Adresse du fournisseur,
- Adresse du lieu de conclusion du contrat,
- Désignation précise de la nature et des caractéristiques des biens offerts ou des services proposés,
- Conditions d'exécution du contrat, notamment les modalités et le délai de livraison des biens, ou d'exécution de la prestation de services,
- Prix global à payer et modalités de paiement ; en cas de vente à tempérament ou de vente à crédit, les formes exigées par la réglementation sur la vente à crédit, ainsi que le taux nominal de l'intérêt et le taux effectif global de l'intérêt déterminé dans les conditions prévues à l'article L 313-1
- Faculté de renonciation prévue à l'article L 121-25, ainsi que les conditions d'exercice de cette faculté et, de façon apparente, le texte des articles L 121-23, L 121-24, L 121-25, et L 121-26.

Article 121-24

Le contrat visé à l'article L 121-23 doit comprendre un formulaire détachable destiné à faciliter l'exercice de la faculté de renonciation dans les conditions prévues à l'article L 121-25. Un décret en Conseil d'Etat précisera les mentions devant figurer sur ce formulaire. Ce contrat ne peut comporter aucune clause attributive de compétence. Tous les exemplaires doivent être signés et datés de la main même du client.

Article 121-25

Dans les 7 jours, fériés compris, à compter de la commande ou de l'engagement d'achat, le client a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec accusé de réception. Si ce délai expire normalement un samedi, un dimanche, ou un jour férié ou chômé, il est prorogé jusqu'au 1er jour ouvrable suivant.

Toute clause du contrat par laquelle le client abandonne son droit de renoncer à sa commande ou à son engagement d'achat est nulle et non avenue. Le présent article ne s'applique pas aux contrats conclus dans les conditions prévues à l'article L 121-27.

Article L 121-26

Avant expiration du délai de réflexion prévu à l'article L 121-25, nul ne peut exiger ou obtenir du client, directement ou indirectement, à quelque titre ni sous quelque forme que ce soit, une contrepartie quelconque ni aucun engagement ni effectuer des prestations de services de quelque nature que ce soit.

ANNULATION DE COMMANDE

Article L. 121-23 à L. 121-26 du Code de la Consommation.

L'adhérent peut renoncer à son adhésion au présent contrat pendant trente jours; jours calendaires révolus à compter de la commande ou de l'engagement d'achat. Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec avis de réception, envoyée à l'adresse suivante :

PRAECONIS - 6 rue Paul Morel - BP 80283 - 70006 Vesoul Cedex.

PRAECONIS
6 rue Paul Morel
BP 80283
70006 Vesoul Cedex

PRÆCONIS

DÉVELOPPEMENT MUTUALISÉ

Votre contact :