



BANQUE POPULAIRE
RIVES DE PARIS

Multirisque des accidents de la vie

Conditions générales valant notice d'information

CONVENTION D'ASSURANCE ET D'ASSISTANCE

Composée du Contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative Multirisques accident de la vie (référence 124177.109) souscrit par BPCE auprès de BPCE Prévoyance et d'IMA ASSURANCES agissant en qualité d'assureur du contrat et du Contrat d'assistance de groupe (référence 124177.109) souscrit par BPCE auprès d'IMA ASSURANCES agissant en qualité d'assisteur.

Contrat distribué par Banque Populaire

MARS 2019

SOMMAIRE

TITRE I – CONDITIONS GÉNÉRALES VALANT NOTICE D'INFORMATION DU CONTRAT D'ASSURANCE

LEXIQUE (*)	4
1. LES CARACTÉRISTIQUES PRINCIPALES DU CONTRAT	5
ARTICLE 1-1 - LA NATURE DU CONTRAT	5
ARTICLE 1-2 - LES PARTIES AU CONTRAT	5
ARTICLE 1-3 - L'OBJET DU CONTRAT	6
ARTICLE 1-4 - L'ADMISSION A L'ASSURANCE	6
2. LE FONCTIONNEMENT DU CONTRAT	7
ARTICLE 2-1 - LA PRISE D'EFFET ET LA DURÉE DE L'ADHÉSION	7
ARTICLE 2-2 - LES RISQUES GARANTIS	7
ARTICLE 2-3 - LES EXCLUSIONS	7
ARTICLE 2-4 - LES PRÉJUDICES INDEMNISÉS	8
ARTICLE 2-5 - LE MONTANT MAXIMUM D'INDEMNISATION	9
ARTICLE 2-6 - L'ÉTENDUE TERRITORIALE	9
ARTICLE 2-7 - LES DÉCLARATIONS EN COURS DE CONTRAT	9
ARTICLE 2-8 - LA MODIFICATION DES GARANTIES EN COURS DE CONTRAT	10
ARTICLE 2-9 - LA COTISATION	10
ARTICLE 2-10 - L'ÉVOLUTION DES COTISATIONS	10
ARTICLE 2-11 - LE SINISTRE	10
ARTICLE 2-12 - LA RÉSILIATION - LA NULLITÉ - LA FIN DES GARANTIES	12
3. LA PROTECTION DES INTÉRÊTS DE L'ADHÉRENT	12
ARTICLE 3-1 - LA RENONCIATION	12
ARTICLE 3-2 - LA PRESCRIPTION	13
ARTICLE 3-3 - L'EXAMEN DES RÉCLAMATIONS - MÉDIATION	13
ARTICLE 3-3 -1 LES DEMANDES RELATIVES À L'ADHÉSION	13
ARTICLE 3-3 -2 LES DEMANDES RELATIVES AU TRAITEMENT DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL	13
ARTICLE 3-4 - DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL	13

TITRE II - CONDITIONS GÉNÉRALES VALANT NOTICE D'INFORMATION DU CONTRAT D'ASSISTANCE

LEXIQUE	15
1. CARACTÉRISTIQUES PRINCIPALES	16
2. CONDITIONS D'APPLICATION DES GARANTIES	16
ARTICLE 2.1 FAITS GÉNÉRATEURS	16
ARTICLE 2.2 INTERVENTION	16
3. EN CAS D'HOSPITALISATION IMPRÉVUE* OU D'IMMOBILISATION* SUITE A UN ACCIDENT CORPOREL* OU UNE MALADIE SOUDAINE ET IMPRÉVISIBLE*	18
ARTICLE 3.1 EN CAS D'HOSPITALISATION IMPRÉVUE* > À 24 HEURES, OU D'IMMOBILISATION* À DOMICILE* > À 5 JOURS CALENDAIRES (vous / votre conjoint)	18
ARTICLE 3.2 EN CAS D'HOSPITALISATION IMPRÉVUE* > À 24 HEURES, OU D'IMMOBILISATION* À DOMICILE* > À 5 JOURS CALENDAIRES (enfant)	18
ARTICLE 3.3 EN CAS D'HOSPITALISATION IMPRÉVUE* > À 2 JOURS CALENDAIRES, OU D'IMMOBILISATION* À DOMICILE* > À 5 JOURS CALENDAIRES (vous / votre conjoint)	19
ARTICLE 3.4 EN CAS D'HOSPITALISATION IMPRÉVUE* > À 2 JOURS CALENDAIRES, OU D'IMMOBILISATION* À DOMICILE* > A 5 JOURS CALENDAIRES (enfant)	20
ARTICLE 3.5 EN CAS D'HOSPITALISATION IMPRÉVUE* > À 2 JOURS CALENDAIRES (vous / votre conjoint)	20
ARTICLE 3.6 EN CAS D'HOSPITALISATION IMPRÉVUE* > À 14 JOURS CALENDAIRES (vous / votre conjoint)	21
ARTICLE 3.7 EN CAS D'IMMOBILISATION * > À 5 JOURS CALENDAIRES (vous / votre conjoint)	21
ARTICLE 3.8 EN CAS D'IMMOBILISATION * > À 14 JOURS CALENDAIRES (votre enfant)	21
ARTICLE 3.9 EN CAS D'IMMOBILISATION * > À 30 JOURS CALENDAIRES (vous / votre conjoint)	22
ARTICLE 3.10 EN CAS D'IMMOBILISATION* > À 30 JOURS CALENDAIRES (enfant)	24
ARTICLE 3.11 HOSPITALISATION IMPRÉVUE* > À 5 JOURS CALENDAIRES PUIS IMMOBILISATION* > À 30 JOURS CALENDAIRES	24
4. SÉJOUR MATERNITÉ (vous / votre conjoint pour un séjour > 5 jours en maternité, ou la naissance de grand prématuré - naissance d'un enfant < à 37 semaines d'aménorrhées)	25
5. EN CAS DE TRAITEMENT POUR MALADIE GRAVE (chimiothérapie, radiothérapie, trithérapie, quadrithérapie ou curiethérapie, ou d'une aggravation entraînant une hospitalisation*)	25
6. ACCIDENT CORPOREL* OU UNE MALADIE SOUDAINE ET IMPRÉVISIBLE* SURVENU LORS D'UN DÉPLACEMENT (vous / votre conjoint / votre enfant)	25
7. EN CAS DE DÉCÈS SUITE À UN ACCIDENT CORPOREL* OU UNE MALADIE SOUDAINE ET IMPRÉVISIBLE* (vous / votre conjoint / vos enfants / vos ascendants directs / vos frères ou sœurs)	26
8. LES + CONSEILS	28

9. LIMITATIONS ET EXCLUSIONS À L'APPLICATION DES GARANTIES.....	29
ARTICLE 9.1 INFRACTION	29
ARTICLE 9.2 FORCE MAJEURE	29
ARTICLE 9.3 REFUS DU BÉNÉFICIAIRE*	29
ARTICLE 9.4 EXCLUSIONS	30
10. VIE DU CONTRAT	30
ARTICLE 10.1 DURÉE DES GARANTIES	30
ARTICLE 10.2 RÉSILIATION	30
ARTICLE 10.3 COTISATIONS	30
ARTICLE 10.4 SUBROGATION	31
ARTICLE 10.5 PRESCRIPTION	31
ARTICLE 10.6 PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES.....	31
ARTICLE 10.7 RÉCLAMATION ET MÉDIATION	31
<u>BAREME ENVELOPPE DE SERVICES (30 heures).....</u>	<u>33</u>
<u>ANNEXE 1 – PROTECTION PAR L'ASSUREUR DE VOS DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL.....</u>	<u>34</u>

TITRE I - CONDITIONS GENERALES DU CONTRAT D'ASSURANCE

MULTIRISQUE DES ACCIDENTS DE LA VIE

VALANT NOTICE D'INFORMATION
REFERENCES 124.177.109

Contrat d'assurance de groupe souscrit par BPCE auprès de BPCE Prévoyance et d'IMA Assurances

LEXIQUE (*)

* ACCIDENT

Toute atteinte ou lésion corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré*, provenant de l'action soudaine, brutale, directe et exclusive, d'une cause extérieure et étrangère à la volonté de l'assuré*. Il est également précisé que n'est pas considéré comme un accident le suicide, les Accidents Vasculaires Cérébraux et les accidents cardiaques.

* ADHERENT

Personne physique majeure, résidente fiscale française, cliente d'une Banque Populaire ou d'une banque affiliée ou adossée, ayant signé le bulletin d'adhésion et s'engageant à payer les cotisations.

* ASSURE(S)

Personne(s) physique(s) désignée(s) par l'adhérent* sur le bulletin d'adhésion, répondant aux modalités d'admission et sur laquelle/lesquelles reposent les garanties souscrites.

En formule " familiale ", seuls peuvent être déclarés comme assurés : les conjoints (non séparés de corps ou de fait), les concubins, les partenaires liés par un Pacte Civil de Solidarité, ci-après dénommés conjoint de droit ou de fait, et leurs enfants de moins de 26 ans qu'ils soient ou non fiscalement à charge.

* AYANTS-DROIT

Pour l'application du présent contrat, personnes recevant les indemnités en cas de décès, ayant la qualité de conjoint de droit ou de fait, d'ascendants, de descendants et de collatéraux des assurés*, et justifiant avoir subi un préjudice moral et/ou économique direct du fait du décès du ou des assuré(s)*.

* BANQUES POPULAIRES ET LEURS BANQUES AFFILIÉES OU ADOSSÉES

Il s'agit des établissements bancaires Banque Populaire, Caisse de Crédit Maritime, Banque de Savoie, Banque Dupuy de Parseval et Banque Marze.

* CERTIFICAT D'ADHESION

Document à valeur contractuelle confirmant l'acceptation par l'assureur de la demande d'adhésion et sur lequel figurent notamment les nom, prénom, adresse de l'adhérent*, les options de garanties choisies, leurs prises d'effet, leurs montants, les raison sociale et mention juridique de l'assureur.

* COTISATIONS

Sommes versées par l'adhérent* en contrepartie de l'engagement de l'assureur.

* DATE D'EFFET

Date à laquelle l'adhésion entre en vigueur.

* DATE DE CONSOLIDATION

Date à laquelle l'état de santé de l'assuré* s'étant stabilisé, les

conséquences de l'accident deviennent permanentes et sont présumées définitives.

* INCAPACITE PERMANENTE (I.P.)

Il s'agit de la réduction définitive des capacités fonctionnelles (physiques, intellectuelles, sensorielles) d'une personne, dont l'état est considéré comme consolidé. Cette incapacité est médicalement constatée par le médecin expert mandaté exerçant en France, désigné par l'assureur, et est chiffrée en pourcentage. Cette incapacité peut être partielle (I.P.P.) ou totale (I.P.T.)

* INDEMNITE

Sommes versées par l'assureur suite à la réalisation d'un risque couvert.

* MALADIE

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

*PRATIQUE RÉGULIERE (pour les sports à risque)

Il y a pratique régulière* lorsque le bénéficiaire est adhérent à un club ou licencié à une fédération pour la pratique d'un ou de plusieurs sports.

* TIERS PAYEURS

Il s'agit des organismes (organismes sociaux obligatoires ou complémentaires comme la Sécurité sociale, la Mutualité sociale agricole, les régimes sociaux des fonctionnaires ainsi que ceux des employeurs) qui interviennent dans le versement de prestations à titre indemnitaire, consécutives à l'accident* en cause.

* VENTE À DISTANCE

Technique de commercialisation sans présence physique et simultanée des parties jusqu'à la conclusion de l'adhésion.

Les termes marqués d'un astérisque* sont définis dans le lexique.

1. LES CARACTÉRISTIQUES PRINCIPALES DU CONTRAT

ARTICLE 1-1 - LA NATURE DU CONTRAT

MULTIRISQUE DES ACCIDENTS DE LA VIE (M.A.V.) est un contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative régi par le Code des assurances et soumis à l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution - 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.

La langue qui s'applique au contrat est la langue française. Il est soumis à la loi française.

Ce contrat est souscrit par BPCE Société Anonyme à directoire et conseil de surveillance au capital de 157 697 890 euros - 493 455 042 RCS Paris - Siège social : 50 avenue Pierre Mendès France - 75201 Paris Cedex 13, auprès de BPCE Prévoyance, Société Anonyme au capital social de 13 042 257,50euros - 352 259 717 RCS Paris, Siège social : 30 avenue Pierre Mendès France - 75013 Paris, entreprise régie par le Code des assurances, ci-après dénommée l'assureur, et d'IMA ASSURANCES.

Des modifications pourront être apportées au contrat d'assurance du groupe, par avenant* au dit contrat, conclu entre l'assureur et le souscripteur. L'adhérent* en sera alors informé par courrier simple au moins 3 mois avant l'entrée en vigueur de ces modifications. A réception de cette information, si l'adhérent* ne souhaite pas poursuivre son adhésion en raison de cette modification, il peut en demander la résiliation dans les conditions prévues à l'article 2-13.

La demande d'adhésion est constituée par les présentes Conditions générales valant notice d'information et le bulletin d'adhésion.

Elle constitue la proposition d'assurance et deviendra le contrat d'assurance à l'émission du certificat d'adhésion*. Ce certificat d'adhésion* reprendra les choix que l'adhérent* a exprimés sur le bulletin d'adhésion.

ARTICLE 1-2 - LES PARTIES AU CONTRAT

• ASSUREURS :

Pour les garanties décès et incapacité permanente : BPCE Prévoyance, 59 avenue Pierre Mendès France CS11440 – 75709 Paris cedex 13 - France - Tél. : +33 1 58 19 90 00 - Fax : +33 1 58 19 92 50, Société Anonyme au capital social de 13 042 257,50 euros - 352 259 717 RCS Paris - Siège social : 30 avenue Pierre Mendès France 75013 Paris - entreprise régie par le Code des assurances.

Pour les garanties d'assistance : IMA ASSURANCES, Société Anonyme au capital entièrement libéré de 7 000 000 euros, entreprise régie par le Code des assurances - 481 511 632 RCS NIORT - Tél : +33 5 49 75 75 75, Siège social : 118, avenue de Paris CS 40 000 - 79033 Niort Cedex 9.

• SOUSCRIPTEUR :

BPCE, Société Anonyme à directoire et conseil de surveillance au capital de 157 697 890 euros - 493 455 042 RCS Paris - siège social : 50 avenue Pierre Mendès France 75201 Paris Cedex 13, en sa qualité d'organe central des Caisses d'Epargne et des Banques populaires par application de l'article L512-107 du code monétaire et financier.

BPCE détient indirectement une partie du capital de BPCE Prévoyance.

BPCE a pour mission d'orienter et de promouvoir l'activité et le développement du groupe coopératif constitué par le Réseau des Caisses d'Epargne et de Prévoyance et le Réseau des Banques Populaires, les Etablissements Affiliés, ainsi que, plus généralement, les autres entités dont elle détient le contrôle.

BPCE a pour objet :

1°- d'être l'organe central du Réseau des Caisses d'Epargne et du Réseau des Banques Populaires et des Etablissements Affiliés, au sens du Code monétaire et financier. A ce titre, et en application des articles L. 511-31 et suivants et de l'article L. 512-107 du Code monétaire et financier, elle est notamment chargée :

- de définir la politique et les orientations stratégiques du Groupe ainsi que de chacun des Réseaux qui le constituent ;
- de coordonner les politiques commerciales de chacun de ces Réseaux et de prendre toute mesure utile au développement du groupe, notamment en acquérant ou en détenant les participations stratégiques ;
- de représenter le Groupe et chacun des Réseaux pour faire valoir leurs droits et intérêts communs, notamment auprès des organismes de place, ainsi que de négocier et de conclure les accords nationaux ou internationaux ;
- de représenter le Groupe et chacun des Réseaux en qualité d'employeur pour faire valoir leurs droits et intérêts communs ainsi que de négocier et de conclure en leur nom les accords collectifs de branche ;
- de prendre toutes mesures nécessaires pour garantir la liquidité du Groupe ainsi que de chacun des Réseaux et à cet effet, de déterminer les règles de gestion de la liquidité du Groupe notamment en définissant les principes et modalités du placement et de la gestion de la trésorerie des établissements qui le composent et les conditions dans lesquelles ces établissements peuvent effectuer des opérations avec d'autres établissements de crédit ou entreprises d'investissement, réaliser des opérations de titrisation ou encore émettre des instruments financiers et de réaliser toute opération financière nécessaire à la gestion de la liquidité ;

- de prendre toutes mesures nécessaires pour garantir la solvabilité du Groupe ainsi que de chacun des Réseaux, notamment en mettant en œuvre les mécanismes appropriés de solidarité interne du Groupe et en créant un fonds de garantie commun aux deux Réseaux dont il détermine les règles de fonctionnement, les modalités d'intervention en complément des fonds prévus par les articles L. 512-12 et L. 512-86-1, ainsi que les contributions des Etablissements Affiliés pour sa dotation et sa reconstitution ;
 - de définir les principes et conditions d'organisation du dispositif de contrôle interne du Groupe et de chacun des Réseaux ainsi que d'assurer le contrôle de l'organisation, de la gestion et de la qualité de la situation financière des Etablissements Affiliés notamment au travers de contrôles sur place dans le cadre du périmètre d'intervention défini au quatrième alinéa de l'article L. 511-31 ;
 - de définir la politique et les principes de gestion des risques ainsi que les limites de ceux-ci pour le Groupe et chacun des Réseaux et d'en assurer la surveillance permanente sur base consolidée ;
 - d'approuver les statuts des Etablissements Affiliés et des sociétés locales d'épargne ainsi que les modifications devant y être apportées ;
 - d'agréer les personnes appelées, conformément à l'article L. 511-13, à assurer la détermination effective de l'orientation de l'activité des Etablissements Affiliés ;
 - d'appeler les cotisations* nécessaires à l'accomplissement de ses missions d'organe central ;
 - de veiller à l'application, par les Caisses d'Epargne, des missions énoncées à l'article L. 512-85.
- 2°- d'être un établissement de crédit agréé en qualité de banque. A ce titre, elle exerce, tant en France qu'à l'étranger, les compétences conférées aux banques par le Code monétaire et financier, et fournit les services d'investissement prévus aux articles L. 321-1 et L. 321-2 du Code précité ; elle exerce la fonction de caisse centrale des Réseaux et plus généralement du Groupe ;
- 3°- d'être un intermédiaire en assurance, notamment courtier en assurance, conformément à la réglementation en vigueur ;
- 4°- d'exercer l'activité d'intermédiaire en transactions immobilières, conformément à la réglementation en vigueur ;
- 5°- de prendre des participations, tant en France qu'à l'étranger, dans toutes sociétés, françaises ou étrangères, tous groupements ou associations concourant aux objets ci-dessus ou au développement du Groupe, et plus généralement, effectuer toutes opérations de quelque nature qu'elles soient se rattachant directement ou indirectement à ces objets et susceptibles d'en faciliter le développement ou la réalisation.

• **ADHÉRENT*** :

Personne physique majeure, fiscalement domiciliée en France, cliente d'une Banque Populaire ou d'une banque affiliée ou adossée*, ayant rempli et signé la demande d'adhésion et s'engageant à payer les cotisations*.

• **ASSURÉ*** :

Personne(s) physique(s) désignée(s) par l'adhérent* sur le bulletin d'adhésion, répondant aux modalités d'admission et sur laquelle/lesquelles reposent les garanties souscrites.

En formule " familiale ", seuls peuvent être déclarés comme assurés : les conjoints (non séparés de corps ou de fait), les concubins, les partenaires liés par un Pacte Civil de Solidarité, ci-après dénommés conjoint de droit ou de fait, et leurs enfants de moins de 26 ans qu'ils soient ou non fiscalement à charge.

ARTICLE 1-3 - L'OBJET DU CONTRAT

Le contrat a pour objet l'indemnisation des préjudices résultant d'événements accidentels qui surviennent dans la vie privée de l'assuré* (c'est-à-dire en dehors de toute activité commerciale ou professionnelle). L'indemnisation sera due dès lors que l'accident* entraîne le décès de l'assuré* ou que les blessures subies, directement imputables à l'accident*, laissent subsister un taux d'incapacité permanente* au moins égal au seuil d'intervention indiqué sur le certificat d'adhésion*.

Les postes de préjudices indemnisés au titre du décès ou de l'incapacité permanente* sont décrits à l'article 2-4.

L'adhérent* a le choix à l'adhésion entre deux options. L'option choisie définit un seuil d'intervention pour la garantie d'incapacité permanente*, c'est-à-dire le taux minimum d'incapacité permanente à partir duquel les garanties du contrat s'appliquent, suite à un accident* garanti :

- Option 1 : seuil d'intervention supérieur ou égal à 5 % en incapacité permanente* (pour l'accident* médical garanti et l'infection nosocomiale, le seuil d'intervention en incapacité permanente* est supérieur ou égal à 5 % et inférieur ou égal au pourcentage mentionné au 2ème alinéa du II de l'article L1142-1 du Code de la santé publique et fixé par décret) ;
- Option 2 : seuil d'intervention supérieur ou égal à 10 % en incapacité permanente* (pour l'accident* médical garanti et l'infection nosocomiale, le seuil d'intervention en incapacité permanente* est supérieur ou égal à 10 % et inférieur ou égal au pourcentage mentionné au 2ème alinéa du II de l'article L1142-1 du Code de la santé publique et fixé par décret) ;

De plus, vous bénéficiez de garanties d'assistance telles que définies dans le Titre II des Conditions générales valant notice d'information.

ARTICLE 1-4 - L'ADMISSION A L'ASSURANCE

L'adhésion au contrat est réservée aux personnes physiques majeures résidentes fiscales françaises, clientes d'une Banque Populaire ou d'une banque affiliée ou adossée.

L'adhérent* a le choix entre la formule « individuelle » et la formule « familiale ».

En formule « individuelle », l'assuré est la personne physique figurant sur le bulletin d'adhésion en tant qu'assuré* principal. Il peut s'agir de l'adhérent*. L'âge de l'assuré* principal est compris entre 18 ans et 64 ans.

En formule « familiale », les assurés* sont l'assuré* principal, et les personnes physiques nommément désignées sur le bulletin d'adhésion et qui ont la qualité de :

- conjoint* de droit ou de fait de l'assuré* principal âgé de moins de 65 ans ;
- ou d'enfants de l'assuré* principal ou de son conjoint* de droit ou de fait, âgés de moins de 26 ans, qu'ils soient ou non fiscalement à charge.

Pour l'application du présent contrat, l'âge de chaque assuré* est déterminé par différence de millésimes entre l'année en cours et l'année de sa naissance.

Chaque assuré* est désigné sur le certificat d'adhésion* ou le dernier avenant conformément aux choix exprimés par l'adhérent* sur le bulletin d'adhésion ou sur la demande de modification.

Chaque assuré* désigné sur le certificat d'adhésion*, ne peut être assuré qu'une seule fois au titre du présent contrat MULTIRISQUE DES ACCIDENTS DE LA VIE.

2 - LE FONCTIONNEMENT DU CONTRAT

ARTICLE 2-1 - LA PRISE D'EFFET ET LA DURÉE DE L'ADHÉSION

L'adhésion est conclue au jour de la signature du bulletin d'adhésion.

En cas de vente en agence, les garanties du contrat produisent leurs effets à compter de la date de signature du bulletin d'adhésion, sous réserve de l'encaissement effectif de la première cotisation*.

En cas de vente à distance*, les garanties du contrat produisent leurs effets à compter de la date d'enregistrement de la demande d'adhésion, sous réserve de :

- l'encaissement effectif de la première cotisation*,
- la réception par l'assureur, dans un délai de 30 jours, du bulletin d'adhésion signé par l'adhérent*.

L'acceptation de l'assureur est notifiée par l'envoi d'un certificat d'adhésion* à l'adhérent* et à l'assuré* principal si celui-ci est différent.

L'ADHESION AU CONTRAT EST CONCLUE POUR UNE PERIODE ALLANT DE LA DATE MENTIONNEE DANS LE CERTIFICAT D'ADHESION JUSQU'AU 31 DECEMBRE DE L'ANNEE D'ADHESION ET EST ENSUITE RENOVELABLE ANNUELLEMENT PAR TACITE RECONDUCTION AU PREMIER JANVIER DE CHAQUE ANNEE, SOUS RESERVE DU PAIEMENT DE LA COTISATION* ET SAUF CAS DE RESILIATION PREVUS AUX PRESENTES CONDITIONS GENERALES VALANT NOTICE D'INFORMATION.

Les garanties sont accordées sous réserve que l'évènement accidentel (fait générateur) ce soit produit et ses conséquences, (dommages corporels) se soient réalisés entre la date de prise d'effet de l'adhésion et la date de résiliation de l'adhésion ou date de cessation des garanties.

L'accident médical* garanti est celui dont la première manifestation se révèle postérieurement à la date d'effet de l'adhésion sous réserve que le fait générateur soit postérieur au 1er janvier 2000.

Les garanties sont accordées à l'enfant assuré*, en formule "familiale", pour les accidents* garantis par le présent contrat survenant avant le 31 décembre de l'année au terme de laquelle l'assuré* aura 26 ans.

L'adhésion et les garanties prennent fin dans les cas prévus à l'article 2-12.

ARTICLE 2-2 LES RISQUES GARANTIS

Article 2-2-1 - Les accidents* médicaux

L'accident* médical est celui causé à l'occasion d'actes chirurgicaux, de prévention, de diagnostic, d'exploration, de traitements pratiqués par des médecins et auxiliaires médicaux visés au livre IV du Code de la santé publique (médecin, chirurgien- dentiste, sage-femme, infirmier(e), masseur - kinésithérapeute, pédicure - podologue, orthophoniste, orthoptiste, ergothérapeute, psychomotricien, manipulateur d'électroradiologie médicale, opticien - lunetier, audioprothésiste, diététicien) ou par des praticiens autorisés à exercer par la législation ou la réglementation du pays dans lequel a lieu l'acte, lorsque ces actes sont assimilables à ceux référencés par la sécurité sociale française.

L'accident* médical doit avoir des conséquences dommageables pour la santé d'un assuré*. Ces conséquences doivent être anormales et indépendantes de l'évolution de l'affection en cause (pour laquelle l'acte a été pratiqué) et de l'état de santé antérieur de l'assuré*.

Article 2-2-2 - Les accidents* dus à des attentats ou à des infractions

Le contrat couvre les dommages corporels consécutifs à un accident* dû à un attentat ou à une infraction, auquel l'assuré n'a pris intentionnellement aucune part, survenu entre la date de prise d'effet de l'adhésion et sa résiliation.

Article 2-2-3 Les accidents* dus à des catastrophes naturelles ou technologiques

L'accident* dû à une catastrophe naturelle ou technologique est occasionné par :

- l'intensité anormale d'un agent naturel (par exemple : inondation, raz de marée, tremblement de terre),
- la mise en œuvre de la technologie moderne. Il peut s'agir d'un accident* imputable à des produits, des installations, la pollution, des transports collectifs (par exemple : effondrement d'un bâtiment, déraillement d'un train).

Le contrat couvre les dommages corporels consécutifs à un accident* dû à une catastrophe naturelle ou technologique, survenu entre la date de prise d'effet de l'adhésion et sa résiliation.

Article 2-2-4 Les autres accidents* de la vie privée

Les accidents* de la vie privée autres que les accidents* précédemment mentionnés, résultent d'événements soudains et imprévus, individuels ou collectifs, dus à des causes extérieures à la volonté de l'assuré*.

Le contrat couvre les dommages corporels consécutifs à ces accidents* survenus entre la date de prise d'effet du contrat et sa

résiliation.

Article 2-2-5 Les accidents* dus à la pratique des sports à risque

Sont garanties sur option les conséquences des dommages corporels* résultant d'un accident* lié à la pratique régulière* de sports à risque si ces derniers sont déclarés dans le bulletin d'adhésion.

L'option est limitée à trois sports maximum en formule individuelle et à cinq sports maximum en formule familiale, à choisir parmi la liste suivante : le bobsleigh, la luge de compétition, l'alpinisme, l'escalade, la moto neige, le hockey sur glace, la boxe, l'ensemble des sports de vitesse avec engin terrestre à moteur ci-après définis moto, auto, karting, la plongée sous-marine, la spéléologie, un sport aérien comme par exemple le parachutisme, le parapente, le vol de pente, le deltaplane et le kitesurf. La demande de garantie d'un sport aérien non cité dans le présent article devra être soumise à l'assureur pour étude du risque et pourra faire l'objet d'un refus de garantie par l'assureur.

A défaut d'option de l'assuré ou des assurés à cette garantie, toute conséquence résultant d'un accident dû à la pratique des sports à risques listés ci-dessus sera exclue de la garantie conformément à l'Article 2-3 – LES EXCLUSIONS;

L'assuré pourra modifier ou résilier cette option à tout moment dans les conditions prévues à l'article 2-8.

La cotisation due au titre de son contrat sera révisée en conséquence.

ARTICLE 2-3 - LES EXCLUSIONS

SONT EXCLUS DES GARANTIES DÉCÈS ET INCAPACITÉS PERMANENTES :

- **LES DOMMAGES RÉSULTANT D'UN ACCIDENT* SUBI À L'OCCASION D'ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES ET DE TOUTE ACTIVITÉ DONNANT LIEU À RÉMUNÉRATION (Y COMPRIS DANS LE CADRE D'ACTIVITÉS SPORTIVES) OU DE FONCTIONS PUBLIQUES ET/OU ÉLECTIVES OU SYNDICALES OU D'ACCIDENTS* DE TRAJETS TELS QUE DÉFINIS PAR LE CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE,**
- **LES DOMMAGES RÉSULTANT D'UN ACCIDENT* DANS LEQUEL EST IMPLIQUÉ UN VÉHICULE TERRESTRE À MOTEUR DONT L'ASSURÉ* EST CONDUCTEUR OU PASSAGER, AINSI QUE SES REMORQUES OU SEMI- REMORQUES, AUTRES QUE LES VÉHICULES FERROVIAIRES ET LES TRAMWAYS CIRCULANT SUR DES VOIES QUI LEUR SONT PROPRES,**
- **LES DOMMAGES RÉSULTANT D'UN ACCIDENT* SURVENU LORS DE LA PRATIQUE RÉGULIÈRE* D'UN DES SPORTS A RISQUES SUIVANTS : LE BOBSLEIGH, LA LUGE DE COMPÉTITION, L'ALPINISME, L'ESCALADE, LA MOTO NEIGE, LE HOCKEY SUR GLACE, LA BOXE, L'ENSEMBLE DES SPORTS DE VITESSE AVEC ENGIN TERRESTRE A MOTEUR (MOTO, AUTO, KARTING), LA PLONGÉE SOUS-MARINE, LA SPÉLEOLOGIE, L'ENSEMBLE DES SPORTS AÉRIENS NOTAMMENT LE PARACHUTISME, LE PARAPENTE, LE VOL DE PENTE, LE DELTAPLANE ET LE KITESURF, LE SAUT A L'ÉLASTIQUE, LE CANONING, LE JETSKI, LE SCOOTER DES MERS, SI L'ASSURÉ N'A PAS OPTÉ POUR LA GARANTIE DES SPORTS A RISQUE,**
- **LES DOMMAGES RÉSULTANT D'UN ACCIDENT SURVENU LORS DE LA PRATIQUE DE SPORTS EXERCÉS À TITRE PROFESSIONNEL (ENTRAÎNEMENTS COMPRIS),**
- **LES DOMMAGES LORSQU'EST CONSTATÉ LORS DE LEUR SURVENANCE, UN ÉTAT D'IMPRÉGNATION ALCOOLIQUE DE L'ASSURÉ* CARACTÉRISÉ PAR UNE CONCENTRATION D'ALCOOL DANS LE SANG OU DANS L'AIR EXPIRÉ ÉGALE OU SUPÉRIEURE AUX TAUX FIXÉS PAR LES DISPOSITIONS LÉGISLATIVES OU RÉGLEMENTAIRES DU CODE DE LA ROUTE,**
- **LES CONSÉQUENCES DE TOUT DOMMAGE QUE L'ASSURÉ* S'EST CAUSÉ INTENTIONNELLEMENT OU QUI LUI ONT ÉTÉ CAUSÉ INTENTIONNELLEMENT PAR SES AYANTS-DROIT,**
- **LES CONSÉQUENCES DU SUICIDE OU D'UNE TENTATIVE DE SUICIDE DE L'ASSURÉ*,**
- **LES DOMMAGES RÉSULTANT DE L'USAGE PAR L'ASSURÉ* DE STUPÉFIANTS OU DE PRODUITS MÉDICAMENTEUX NON PRESCRITS MÉDICALEMENT OU A DES QUANTITÉS NON PRESCRITES MÉDICALEMENT,**
- **LES DOMMAGES RÉSULTANT DE LA PARTICIPATION DE L'ASSURÉ* À UN CRIME, À UN DÉLIT INTENTIONNEL, À UNE RIXE SAUF CAS DE LÉGITIME DÉFENSE OU D'ASSISTANCE À PERSONNE EN DANGER,**
- **LES DOMMAGES RÉSULTANT DE LA GUERRE CIVILE OU ÉTRANGÈRE OU DE LA PARTICIPATION ACTIVE DE L'ASSURÉ* À DES ÉMEUTES, GRÈVES, MOUVEMENTS POPULAIRES OU ACTES DE TERRORISME,**
- **LES DOMMAGES DUS AUX EFFETS DIRECTS OU INDIRECTS D'EXPLOSION, DE DÉGAGEMENT DE CHALEUR, 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,**
- **LES DOMMAGES RÉSULTANT DES EXPÉRIMENTATIONS BIOMÉDICALES.**

Si vous avez choisi l'option sports à risque mentionnée à l'article 2-2-5, les sports déclarés dans le bulletin d'adhésion ne sont pas exclus.

NONOBTANTS LES EXCLUSIONS CI-DESSUS, EST EXCLU DE LA GARANTIE DÉCÈS :

- **LES DOMMAGES RÉSULTANT D'UNE INFECTION NOSOCOMIALE**

ARTICLE 2-4 - LES PRÉJUDICES INDEMNISÉS

Les préjudices sont indemnisés selon les règles applicables en France en matière de réparation des dommages corporels, sous déduction du montant des indemnités perçues ou à percevoir en réparation de ces mêmes préjudices à d'autres titres qu'à celui du contrat.

L'évaluation du préjudice en droit commun a un caractère indemnitaire, par opposition à d'autres régimes d'évaluation, dits forfaitaires.

L'évaluation en droit commun tient compte de la situation particulière de chaque victime (par exemple : âge, profession, revenus) et de la jurisprudence des tribunaux en vigueur au moment du sinistre. L'indemnité est déterminée amiablement, en toute bonne foi, entre l'assureur et l'assuré* ou le bénéficiaire.

En cas de sinistre survenant lors d'un séjour survenant hors de France métropolitaine ou régions d'Outre-mer, collectivités d'Outre-mer, l'indemnisation des préjudices sera toujours effectuée selon les règles du droit commun français.

Article 2-4-1 - En cas d'incapacité permanente

Article 2-4-1-1 - Les préjudices indemnisés

En cas d'accident* corporel garanti laissant subsister, après consolidation de son état, un taux d'incapacité permanente* médicalement constaté :

- supérieur ou égal au seuil d'intervention défini au certificat d'adhésion*, suite à accident* corporel garanti autre que l'accident* médical, selon l'option retenue,
- inférieur au seuil d'intervention prévu à l'option choisie et supérieur au pourcentage mentionné au 2^e alinéa du II de l'article L.1142-1 du Code de la santé publique et fixé par décret, en cas d'accident* médical ou d'infection nosocomiale,

l'assureur indemnise :

a) Le préjudice patrimonial

Les différents postes susceptibles de donner lieu à indemnisation sont :

- l'Incapacité Permanente* Partielle ou Totale (I.P.P. ou I.P.T.),
- la perte de gains professionnels futurs, soit les conséquences économiques définitives de l'accident* sur la situation professionnelle de l'assuré*, intervenues après consolidation*.

b) Les préjudices personnels

Les différents postes susceptibles de donner lieu à indemnisation sont :

- Le préjudice esthétique : il s'agit d'une disgrâce physique consécutive à l'accident* comme par exemple une cicatrice, une déformation ou bien une claudication.
- Le préjudice résultant des souffrances endurées : il s'agit de souffrances endurées par l'assuré*, depuis l'accident* jusqu'à la consolidation*.
- Le préjudice d'agrément : il s'agit de l'impossibilité pour l'assuré* d'exercer une activité de loisir (sportive, culturelle, artistique, associative, à titre d'exemple) pratiquée avant l'accident* de façon régulière et soutenue.

Ces postes s'entendent selon la définition du droit commun.

Article 2-4-1-2 - Les modalités de calcul des indemnités

La réparation de ces préjudices est déterminée suivant les modalités suivantes :

Fixation des bases médicales :

Le taux d'incapacité permanente* subsistant après consolidation* des blessures est fixé par le médecin expert désigné par l'assureur. L'expert se réfère au "barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun" publié par le concours médical, en vigueur au moment du sinistre.

L'expert détermine les postes de préjudices donnant lieu à indemnisation.

Détermination des indemnités par préjudice :

• l'incapacité permanente*

Le montant de l'indemnité* prend en compte le taux d'incapacité permanente*, l'âge de l'assuré* à la date de consolidation* des blessures et la valeur du point attribuée à l'incapacité résultant du barème d'indemnisation en vigueur à la date du règlement.

L'indemnité* se calcule en multipliant le taux d'incapacité par la valeur du point.

• les conséquences économiques définitives de l'accident* sur la situation professionnelle de l'assuré*, intervenues après consolidation

Le montant de l'indemnité* est déterminé, en fonction de la situation professionnelle de l'assuré* après consolidation*, selon les règles de droit commun adoptées par les juridictions françaises.

• le préjudice esthétique

Le montant de l'indemnité* prend notamment en compte l'âge de l'assuré* à la date de consolidation* des blessures et la qualification du préjudice esthétique retenue par l'expert en fonction d'une échelle de mesure de 0 à 7 (**seul un préjudice supérieur ou égal à 3/7 est indemnisable**).

• le préjudice résultant des souffrances endurées

Le montant de l'indemnité* prend notamment en compte l'âge de l'assuré* à la date de consolidation* des blessures et la qualification du préjudice des souffrances endurées retenue par l'expert en fonction d'une échelle de mesure de 0 à 7 (**seul un préjudice supérieur ou égal à 3/7 est indemnisable**).

• le préjudice d'agrément

Le montant de l'indemnité* est déterminé, en fonction de la situation particulière de l'assuré*, selon les règles de droit commun adoptées par les juridictions françaises.

Article 2-4-2 - En cas de décès

Article 2-4-2-1 - Les préjudices indemnisés

En cas de décès de l'assuré* suite à un accident* corporel garanti, les préjudices subis par les ayants-droit* pouvant faire l'objet d'une indemnisation sont :

- **le préjudice économique** : il s'agit de l'incidence économique du décès de l'assuré* pour les ayants-droit*,
- **le préjudice moral** : il s'agit de la souffrance morale causée par le décès de l'assuré* pour les ayants-droit*.

Article 2-4-2-2 - Les modalités de calcul des indemnités

Le montant de l'indemnité est déterminé pour chaque préjudice, selon les règles du droit commun adoptées par les juridictions françaises.

ARTICLE 2-5 - LE MONTANT MAXIMUM D'INDEMNISATION

Le montant maximum d'indemnisation (hors prestations d'assistance), appliqué par événement accidentel garanti et par victime assurée, figure sur le bulletin d'adhésion et le certificat d'adhésion*.

ARTICLE 2-6 - L'ÉTENDUE TERRITORIALE

Les garanties d'assurance s'exercent en France métropolitaine, dans les départements et régions d'Outre-mer, collectivités d'Outre-mer dans les principautés d'Andorre, de Monaco et du Liechtenstein, dans les pays membres de l'Union Européenne, en Suisse, en Islande, en Norvège, en République de Saint-Marin, dans l'état du Vatican, pendant la période de validité du contrat.

Les garanties d'assurance s'exercent également dans le reste du monde lors de voyages et de séjours, à titre privé, n'excédant pas une durée continue de trois mois. En cas d'accident l'assureur se réserve la possibilité de contrôle dans les conditions prévues à l'article 2-11-6.

ARTICLE 2-7 - LES DÉCLARATIONS EN COURS DE CONTRAT

En cours de contrat, l'adhérent* ou l'assuré* doit aviser BPCE Prévoyance, par lettre recommandée, avant la modification, si elle résulte du fait de l'assuré*, et au plus tard dans les 15 jours où il en a connaissance dans les autres cas :

- de toute modification apportée ou à venir aux éléments spécifiés au certificat d'adhésion* ou au dernier avenant, et notamment :
 - un changement de domicile,
 - un changement de composition du foyer pour la formule "familiale",
- de l'adhésion à tout contrat d'assurance de même nature.

Si ces modifications constituent une aggravation de risques, l'assureur peut soit, résilier l'adhésion 10 jours après notification, soit proposer à l'adhérent un nouveau montant de cotisation. Dans ce dernier cas, si dans un délai de trente jours, à compter de la proposition, l'adhérent ne donne pas suite, l'assureur pourra résilier l'adhésion à l'expiration de ce délai.

Si ces modifications constituent une diminution du risque, l'assureur peut proposer un nouveau montant de cotisations, Si l'assureur n'y consent pas, l'assuré peut résilier l'adhésion. La résiliation prend alors effet trente jours après la dénonciation.

Le non-respect de cette obligation de déclaration pourrait entraîner l'application des articles L.113-8 ou L.113-9 du Code des assurances.

ARTICLE 2-8 - LA MODIFICATION DES GARANTIES EN COURS DE CONTRAT

L'adhérent* peut demander à BPCE Prévoyance la modification de ses garanties : le changement de formule ou le changement d'option.

L'acceptation des nouvelles garanties est notifiée par l'envoi d'un avenant à l'adhérent* et à l'assuré* principal lorsque celui-ci est différent. Jusqu'à cette notification, l'assuré* continue d'être couvert dans la limite des garanties en vigueur lors de la demande de modification.

Après avoir été garanti en option 1, toute renonciation à cette option sera définitive.

ARTICLE 2-9 - LA COTISATION

Article 2-9-1 - Le paiement des cotisations

La cotisation* est annuelle. Son montant est indiqué sur le certificat d'adhésion* ou le dernier avenant. Il est déterminé en fonction de la formule (individuelle ou familiale) et de l'option (1 ou 2) choisies.

La cotisation* annuelle, exprimée en euros, inclut les taxes et contributions en vigueur ainsi que le coût des garanties d'assistance d'un montant de 4,60 € au 1er janvier 2017 :

	Formule Individuelle	Formule Familiale
Option 1 Incapacité supérieure ou égale à 5%	129 euros	249 euros
Option 2 Incapacité supérieure ou égale à 10%	99 euros	198 euros
Option sports à risque	Montant de la surprime	
1 sport	50%	
De 2 à 5 sports	100%	

La cotisation* est payable d'avance selon une périodicité choisie par l'adhérent* et pour la première fois à l'adhésion. La première cotisation* est calculée en appliquant à la cotisation* périodique un prorata déterminé en fonction du nombre de mois restant à courir entre le mois de l'adhésion et le dernier mois de la période civile en cours.

Article 2-9-2 - Le défaut de paiement des cotisations

Lorsqu'une cotisation* n'est pas payée dans les 10 jours après son échéance, BPCE Prévoyance adresse à l'adhérent* une lettre recommandée de mise en demeure par laquelle elle l'informe que le défaut de paiement de la cotisation* peut entraîner l'exclusion du contrat. En cas d'exclusion du contrat, les garanties d'assurance et les garanties d'assistance cessent de produire leurs effets. L'exclusion interviendra de plein droit quarante jours après l'envoi de la lettre recommandée à moins que la cotisation* n'ait été versée dans l'intervalle, conformément à l'article L.141-3 du Code des assurances.

ARTICLE 2-10 - L'ÉVOLUTION DES COTISATIONS

Le montant de la cotisation* pourra être révisé annuellement chaque 31 décembre par BPCE Prévoyance en fonction des résultats techniques du contrat. Toute modification sera notifiée à chaque adhérent* au plus tard trois mois avant le 1er janvier, date d'application des nouvelles cotisations à l'ensemble des adhérents*. L'adhérent* dispose d'un délai de quinze jours après la notification pour résilier, le cas échéant, l'adhésion par lettre recommandée.

ARTICLE 2-11 - LE SINISTRE

Article 2-11-1 - Déclaration des sinistres

Pour les garanties d'assurance, l'assuré* (ou ses ayants-droit) doit (doivent) déclarer par téléphone le sinistre à : **BPCE Prévoyance** - Tél. : **0980 986 986** (appel non surtaxé - coût selon opérateur) ou **+33 1 76 61 49 09** (si vous êtes à l'étranger), dès qu'il(s) en a(ont) connaissance, et au plus tard dans le délai de 5 jours ouvrés après sa survenance.

EN CAS DE NON-RESPECT DE CETTE OBLIGATION, LA DECHEANCE DU DROIT A INDEMNITE POURRA ETRE PRONONCEE EN CAS DE PREJUDICE SUBI PAR L'ASSUREUR, OU L'INDEMNITE POURRA ETRE REDUITE DANS LA PROPORTION DU PREJUDICE SUBI PAR L'ASSUREUR, SAUF CAS FORTUIT OU DE FORCE MAJEURE.

Article 2-11-2 - Les modalités pratiques en cas de sinistre

Si l'assuré* est victime d'un accident* corporel, l'assureur interviendra en deux temps :

- au titre des garanties d'assistance conformément aux dispositions définies dans le Titre II des Conditions générales valant notice d'information, dès lors que l'événement est garanti et que le contrat a pris effet,
- si l'accident* laisse subsister un taux d'incapacité permanente* après consolidation*, compris dans la plage des taux garantis indiquée au certificat d'adhésion*, ou entraîne le décès de l'assuré*, l'assureur indemniserá alors les préjudices subis dans les conditions prévues aux présentes Conditions générales valant notice d'information.

Pour les garanties d'assurance, la déclaration de sinistre est complétée par la transmission à : **BPCE Prévoyance - Chaban de Chauray BP 8410 79024 Niort Cedex 9** - Tél. : **0980 986 986** (appel non surtaxé - coût selon opérateur) ou **+33 1 76 61 49 09** (si vous êtes à l'étranger), au plus tard dans les cinq jours ouvrés de sa survenance, des informations suivantes :

- la date, le lieu, la nature et les circonstances, les causes et les conséquences connues ou présumées du sinistre,
- le certificat d'adhésion* et les avenants éventuels,
- l'état civil, l'adresse de l'assuré* victime de l'accident*,
- s'il y a lieu, les noms et adresses des témoins,
- en cas d'infraction ou d'attentat, un document justifiant le dépôt de plainte effectué auprès des autorités compétentes,
- en cas de décès, une copie de la carte nationale d'identité des bénéficiaires ou du livret de famille si le bénéficiaire est le conjoint* ou un acte de notoriété dans les autres cas ; ainsi que tout document justifiant de la qualité de concubin ou de partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité.

Ces informations devront être complétées par l'envoi, dès que possible et selon le cas, d'un certificat médical précisant l'origine et la nature des blessures, ou d'un certificat médical indiquant la cause du décès.

L'assureur se réserve la faculté de demander toute pièce ou de faire procéder à toute enquête qu'elle jugera nécessaire pour lui

permettre d'apprécier les conditions de la mise en jeu de la garantie et de vérifier l'application éventuelle des exclusions prévues à l'article 2-3.

Le refus par l'assuré* ou ses ayants-droit* de communiquer les pièces ou les éléments nécessaires à l'appréciation de la garantie, après l'envoi d'une lettre recommandée de mise en demeure, met l'assureur dans l'incapacité de vérifier que la garantie est due et par conséquent, le cas échéant, de procéder au règlement des indemnités*.

Article 2-11-3 - Les assurances cumulatives

En cas d'événement mettant en jeu le présent contrat, l'assuré* ou ses ayants-droit* sont tenus de déclarer à BPCE Prévoyance l'existence des autres contrats d'assurance à caractère indemnitaire couvrant le même risque.

Article 2-11-4 - Le non-cumul des prestations à caractère indemnitaire

Les prestations à caractère indemnitaire perçues ou à percevoir d'un organisme tiers payeur* ou de tout autre régime de prévoyance ou de tout fonds d'indemnisation public ne se cumulent pas avec l'indemnisation due au titre des mêmes préjudices indemnisés par le présent contrat.

Celles-ci sont portées à la connaissance de BPCE Prévoyance par l'assuré* (en cas de blessures) ou ses ayants-droit* (en cas de décès) dès qu'elles leur sont notifiées par l'organisme débiteur et ont été acceptées par eux.

Elles viennent en déduction de l'indemnité due au titre des mêmes préjudices indemnisés par le présent contrat. BPCE Prévoyance verse le complément, à l'assuré* ou à ses ayants-droit*, s'il y a lieu.

Article 2-11-5 - Le non-cumul des prestations incapacité permanente* et décès

Lorsque l'assuré* décède des suites de l'accident*, après une période d'Incapacité Permanente*, les indemnités dues au titre du décès sont versées déduction faite des sommes déjà réglées par BPCE Prévoyance au titre de l'incapacité permanente* et des préjudices personnels (préjudice esthétique, préjudice résultant des souffrances endurées, préjudice d'agrément).

Si les indemnités réglées par BPCE Prévoyance préalablement au décès, sont supérieures à celles qui auraient été dues au titre du décès, elles restent acquises aux ayants-droit*.

Article 2-11-6 - Le contrôle de l'état de l'assuré*

En cas d'accident garanti* laissant subsister un taux d'Incapacité Permanente, les médecins et les représentants de BPCE Prévoyance doivent, sauf opposition médicale justifiée, pouvoir rencontrer l'assuré* à tout moment afin de constater son état de santé. Les frais de déplacement de l'assuré* resteront à la charge de ce dernier. Si l'assuré en raison de son état de santé ne peut se déplacer, le médecin devra avoir libre accès auprès de lui pour pouvoir l'examiner.

En cas de décès, les ayants-droit* doivent communiquer tous renseignements médicaux concernant le sinistre déclaré sur demande du médecin conseil de l'assureur.

Le refus par l'assuré* ou ses ayants-droit* de se conformer à ces obligations, après l'envoi d'une lettre recommandée de mise en demeure, met l'assureur dans l'incapacité de vérifier que la garantie est due et par conséquent, le cas échéant, de procéder au règlement des prestations.

Article 2-11-7 - L'expertise

Lors de l'expertise médicale, l'assuré* victime de l'accident* peut se faire assister à ses frais d'un médecin de son choix.

En cas de désaccord médical, l'assuré* et BPCE Prévoyance sont convenus de soumettre leur différend à un tiers médecin qu'ils auront conjointement désigné.

Faute de s'entendre sur le choix du médecin, la désignation est effectuée, à la requête de la partie la plus diligente, par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'assuré*. Une simple requête signée par l'assuré* et BPCE Prévoyance ou par l'un d'eux est suffisante pour cette nomination, l'autre partie étant convoquée par lettre recommandée.

Le médecin expert doit adresser un double du rapport de l'expertise médicale à l'assuré* et au médecin conseil de BPCE Prévoyance dans les vingt jours suivant l'examen.

Chaque partie règle la moitié des frais et des honoraires du tiers médecin et des frais éventuels de sa désignation, ainsi que ceux de son médecin.

Les conclusions de cet arbitrage s'imposent aux parties, cependant des recours sont ensuite possibles, par voie judiciaire.

Article 2-11-8 - L'aggravation

Si l'évolution de l'état séquellaire de l'assuré* est en relation directe et certaine avec l'accident* et qu'elle est de nature à modifier les conclusions médicales qui ont servi de base à l'indemnisation initiale, cette évolution peut ouvrir droit à un complément d'indemnisation. Le cumul des indemnités successives ne peut dépasser le montant maximum d'indemnisation figurant au certificat d'adhésion*.

S'il y a aggravation de l'état de santé de l'assuré*, en relation directe et certaine avec l'accident*, de nature à modifier les conclusions médicales précédentes, une nouvelle expertise est diligentée.

Concernant le taux d'incapacité permanente*, deux cas sont possibles :

- l'assuré* n'a pas été indemnisé une première fois suite à l'accident* (taux d'incapacité permanente* non compris dans la plage des taux couverts, définie au certificat d'adhésion*), mais, suite à l'aggravation de son état de santé, le taux de son incapacité permanente* entre dans la plage couverte : l'assuré* est indemnisé sur la base du taux déterminé par la dernière expertise,
- l'assuré* a été indemnisé une première fois : suite à l'aggravation de son état de santé, celui-ci reçoit alors un complément d'indemnisation dont le calcul tient compte du taux déterminé par la dernière expertise, déduction faite des indemnités versées lors de la première indemnisation.

Concernant les préjudices personnels (préjudice esthétique, préjudice résultant des souffrances endurées et préjudice d'agrément),

ceux-ci font l'objet d'une appréciation nouvelle par le médecin expert désigné par BPCE Prévoyance.
Le cumul des indemnités* successives versées pour un même accident* ne peut dépasser le montant maximum d'indemnisation figurant au certificat d'adhésion*.

Article 2-11-9 - La subrogation

Dès le paiement de l'indemnité*, BPCE Prévoyance est subrogée de plein droit à l'assuré* victime d'un accident* (ou à ses ayants-droit*) dans son(leur) action en recours contre le(s) tiers(s) responsable(s) éventuel(s), dans la limite des indemnités* payées par BPCE Prévoyance, due concurrence de la part d'indemnité à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de l'assuré* victime (art. L.121-12 du Code des assurances).

Si du fait de l'assuré*, la subrogation ne peut être exercée, BPCE Prévoyance n'est plus tenue d'appliquer la garantie à l'égard de l'assuré* dans la mesure où cette subrogation aurait pu jouer.

À l'issue de la procédure de recours subrogatoire contre un tiers responsable, pour laquelle BPCE Prévoyance a engagé des frais, la juridiction peut condamner le responsable à couvrir ces frais. Les sommes ainsi attribuées seront perçues par BPCE Prévoyance à concurrence des sommes réellement payées, dans la mesure où l'assuré* n'aura déboursé aucuns frais.

Article 2-11-10 - Le règlement de l'indemnité

Lorsque la garantie est due, l'offre définitive d'indemnisation doit être faite **dans un délai de cinq mois** suivant la date à laquelle BPCE Prévoyance a été informée de la consolidation* ou du décès de l'assuré*, à condition que, dans ce délai, lui ait été communiqué l'état des prestations perçues ou à percevoir d'un organisme tiers payeur* ou de tout autre régime de prévoyance ou de tout fonds d'indemnisation public par l'assuré* victime de l'accident* ou par ses ayants-droit*.

Dans le cas où le médecin expert, désigné par BPCE Prévoyance, ne peut conclure de façon définitive, mais estime que l'incapacité permanente* directement imputable à l'accident* entrera dans la plage des taux garantis indiquée au certificat d'adhésion*, une offre provisionnelle doit être faite dans le mois suivant la communication à BPCE Prévoyance du rapport de l'expertise médicale.

Le paiement des sommes convenues doit intervenir dans un délai d'un mois à partir de l'acceptation de l'offre d'indemnité.

ARTICLE 2-12 - LA RÉSILIATION - LA NULLITÉ - LA FIN DES GARANTIES

Les garanties du contrat prennent fin :

• du fait de l'adhérent*

- à la fin de chaque année d'assurance pour toute demande de résiliation effectuée par lettre recommandée au plus tard deux mois avant cette date,
- à la date de décès de l'assuré* principal. Toutefois, en formule " familiale ", lorsque l'assuré* principal décède, l'assuré* n° 2 peut, avec l'accord de BPCE Prévoyance, continuer à bénéficier des effets de l'adhésion et se substituer à l'assuré* principal tout en conservant le bénéfice du montant des garanties et des cotisations préalablement accordées, dans les conditions d'application prévues au présent contrat,
- en cas de diminution du risque ou d'évolution du montant de la cotisation* après proposition de BPCE Prévoyance refusée par l'adhérent*, la résiliation de l'adhérent* peut intervenir par lettre recommandée moyennant un préavis d'un mois,
- en cas de résiliation par BPCE Prévoyance de l'un des autres contrats de l'assuré* suite à sinistre,

• du fait de l'assureur ou du souscripteur

- au 31 décembre de l'année moyennant un préavis de trois mois. Toutefois, BPCE Prévoyance ne peut exercer son droit à résiliation annuelle après la deuxième année d'existence de l'adhésion de l'assuré*, sauf cas particuliers suivants :
 - en cas de défaut de paiement de la cotisation*,
 - en cas d'aggravation du risque et de refus de l'adhérent* suite à proposition de BPCE Prévoyance, conformément à l'application de l'article L.113-4 du Code des assurances,
 - en cas d'omission ou d'inexactitude dans la déclaration du risque à l'adhésion ou en cours d'adhésion,
 - en cas de fausse déclaration de sinistre ou de fourniture de tout document inexact et/ou falsifié.

En cas de résiliation, la fraction de la cotisation* payée d'avance, comprise entre la date d'effet de la résiliation et date de la prochaine échéance, est remboursée par BPCE Prévoyance.

3 - LA PROTECTION DES INTÉRÊTS DE L'ADHÉRENT

ARTICLE 3-1 - LA RENONCIATION

L'adhérent* peut renoncer à son adhésion, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités, si dans les 30 jours calendaires révolus à compter de la date d'effet de la demande d'adhésion, il adresse une lettre recommandée avec accusé de réception à BPCE Prévoyance - Service Informations/Réclamations - 59 avenue Pierre Mendès France CS11440 – 75709 Paris cedex 13, rédigée selon le modèle suivant :

"Je soussigné(e) (nom, prénom, date de naissance, n° client) vous informe que je renonce à mon adhésion au contrat MAV du JJ/MM/AAAA (date de signature du bulletin d'adhésion) dont le n° est _____ et vous prie de bien vouloir me rembourser l'intégralité des sommes versées dans un délai de 30 jours à compter de la réception de la présente.

J'ai bien noté que la renonciation est effective à compter de la date d'envoi de la présente lettre et met fin aux garanties.

Fait à _____, le JJ/MM/AAAA Signature "

En cas de vente à distance*, en application de l'article L112-2-1 du Code des assurances, l'adhérent* personne physique, ayant conclu un contrat à distance, à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, dispose d'un délai de renonciation de 30 jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités.

Pour exercer cette faculté, l'adhérent* adresse à l'assureur, une lettre recommandée avec accusé de réception, rédigée selon le

modèle ci-dessus.

Dans les deux cas, la renonciation prend effet à compter de la date de réception de la lettre recommandée. L'assureur rembourse à l'adhérent* l'intégralité des sommes éventuellement versées dans un délai maximum de 30 jours calendaires révolus à compter de la réception de la lettre de renonciation.

En cas d'indemnisation liée à la prise en charge d'un sinistre dans le cadre du contrat d'assurance MAV, le droit de renonciation ne pourra plus être exercé.

ARTICLE 3-2 - LA PRESCRIPTION

Conformément aux articles L114-1 et L114-2 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 :

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

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

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

Pour les contrats d'assurance sur la vie, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré*.

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 peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'adhérent* en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation* et par l'adhérent* ou le bénéficiaire à l'assureur en ce qui concerne le règlement des prestations.

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont :

- La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait.
- La demande en justice, même en référé, y compris lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure.
- Une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée..

ARTICLE 3-3 - L'EXAMEN DES RÉCLAMATIONS - MÉDIATION

Article 3-3-1 - Les demande retives à l'adhésion

Pour toute demande d'information ou toute réclamation, l'adhérent* peut prendre contact dans un premier temps avec son interlocuteur habituel.

Si, à ce stade, il pense que sa demande n'est pas satisfaite, il peut :

- formuler une demande d'information ou une réclamation auprès de BPCE Prévoyance - service Informations/Réclamations, à l'adresse suivante : 59 avenue Pierre Mendès France CS11440 – 75709 Paris cedex 13
- ou formuler une demande d'ordre médical auprès de BPCE Prévoyance - Direction Médicale/Médecin Conseil- 59 avenue Pierre Mendès France CS11440 – 75709 Paris cedex 13

Si, malgré les efforts de l'assureur pour le satisfaire, l'adhérent* reste mécontent de la décision, il pourra demander un avis au Médiateur de l'Assurance, personnalité indépendante extérieure au Groupe BPCE. Sa demande devra être adressée à la Médiation de l'Assurance – TSA 50110 – 75441 PARIS CEDEX 09.

La Charte de la Médiation de l'Assurance (disponible sur le site <http://www.mediation-assurance.org>) précise les modalités d'intervention du Médiateur de l'Assurance.

Le recours au Médiateur ne peut être fait parallèlement à la saisine des tribunaux. Cependant, ce recours ne porte pas atteinte à une éventuelle procédure contentieuse. Les délais de prescription de l'action en justice sont suspendus à compter de la saisine du Médiateur et pendant le délai de traitement de la réclamation par le Médiateur.

Article 3-3-2 - Les demande retives au traitement des données à caractère personnel

Les demandes relatives au traitement des données à caractère personnel doivent respecter les modalités prévues à l'annexe « Protection par l'Assureur de vos données à caractère personnel » figurant au sein des présentes conditions générales.

Dans le cadre de la signature et de l'exécution de votre contrat et plus généralement de notre relation d'affaires, BPCE Prévoyance doit recueillir certaines données vous concernant. Les raisons pour lesquelles BPCE Prévoyance entend utiliser ces données à caractère personnel, leur durée de conservation ainsi que les droits dont vous disposez sur vos données sont disponibles dans l'annexe « Protection par l'Assureur de vos données à caractère personnel » des présentes Conditions Générales et également dans la Politique de protection des données à caractère personnel sur le site Internet de BPCE Prévoyance via le lien suivant : <https://www.vos.donnees.assurances.natixis.com>.

BPCE Prévoyance communiquera en temps utile les évolutions apportées à ces informations sur ce site Internet.

TITRE II - CONDITIONS GÉNÉRALES DU CONTRAT D'ASSISTANCE

VALANT NOTICE D'INFORMATION (REFERENCES 124.177.109) DU CONTRAT MULTIRISQUE DES ACCIDENTS DE LA VIE

Contrat d'assistance de groupe souscrit par BPCE auprès d'IMA ASSURANCES

LEXIQUE

Les termes ci-après doivent être entendus avec les acceptions suivantes :

*ACCIDENT CORPOREL

Événement soudain, imprévisible, provenant d'une cause extérieure au bénéficiaire* et indépendante de sa volonté, sans rapport avec une maladie et qui entraîne des dommages physiques.

*ASSURÉ (ci-après dénommé « vous »)

Toute personne physique domiciliée en France*, ayant la qualité d'assuré au titre des garanties d'assurance du contrat Multirisque des Accidents de la Vie

*ANIMAUX DOMESTIQUES

- chiens à l'exception des chiens de catégorie 1 (chiens d'attaque) et de catégorie 2 (chiens de garde et de défense),
- chats,
- NAC (Nouveaux Animaux de Compagnie) : lapins, oiseaux (perroquets, perruches, mandarins ou canaris), furets, tortues et rongeurs (souris, rats, octodons, chinchillas, hamsters, cochons d'inde, gerbilles, écureuils de Corée).

*BÉNÉFICIAIRES DES GARANTIES D'ASSISTANCE

L'assuré ayant adhéré au contrat Multirisque des Accidents de la Vie, domicilié en France*, ses ayants droit désignés au contrat, parmi les personnes suivantes vivant sous son toit :

- conjoint de droit ou de fait,
- enfants et petits-enfants de moins de 16 ans (exception : la garantie « soutien scolaire » est accessible sans limite d'âge),
- enfants et petits-enfants handicapés (sans limite d'âge),
- ascendants directs.

*CENTRE DE CONVALESCENCE

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

*DOMICILE

Lieu habituel de résidence principale ou secondaire de l'assuré en France*.

*ÉTRANGER

Pays autre que le pays de Domicile*.

*FRANCE

France métropolitaine (par assimilation, les principautés de Monaco et d'Andorre) et les DROM (Martinique, Guadeloupe, Réunion, Guyane et Mayotte), POM (Polynésie Française), COM (St Pierre et Miquelon, St Barthélémy, St Martin, Wallis et Futuna, Nouvelle-Calédonie), TOM (Clipperton).

*HÉBERGEMENT

Frais de la nuit à l'hôtel et des repas, hors frais de téléphone et de bar.

*HOSPITALISATION IMPRÉVUE

Tout séjour dans un établissement hospitalier public ou privé incluant au moins une nuit dont le bénéficiaire* n'a connaissance que dans les 7 jours maximum qui la précèdent.

*IMMOBILISATION

Incapacité à réaliser soi-même les tâches de la vie quotidienne.

*MALADIE SOUDAINE ET IMPRÉVISIBLE

Altération soudaine et imprévisible de la santé, consécutive ou non à une situation préexistante, n'ayant pas pour origine un accident corporel, constatée par une autorité médicale compétente.

*PROCHES

Conjoint de droit ou de fait ainsi que les descendants et ascendants directs.

*TÉLÉASSISTANCE

Système de télécommunication qui permet à une personne en perte d'autonomie ou isolée d'alerter à distance un professionnel de l'assistance.

Les termes marqués d'un astérisque* sont définis dans le lexique.

1. LES CARACTÉRISTIQUES PRINCIPALES DU CONTRAT

Le contrat d'assistance Multirisques des accidents de la vie est un contrat d'assistance de groupe souscrit par BPCE auprès d'IMA ASSURANCES, ci-après dénommé IMA, société anonyme au capital de 7 000 000 euros entièrement libéré, entreprise régie par le Code des assurances, dont le siège social est situé 118 avenue de Paris - CS 40 000 - 79 033 Niort Cedex 9, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Niort sous le numéro 481.511.632, soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.

Le contrat d'assistance de groupe visé par les présentes Conditions générales valant notice d'information, est souscrit par BPCE auprès d'IMA, au bénéfice des assurés ayant adhéré au contrat d'assurance Multirisque des Accidents de la Vie et répondant aux conditions définies dans le lexique à Bénéficiaires.

Ce contrat relève de la branche 18 (Assistance) du Code des assurances.

2. LES CONDITIONS D'APPLICATION DES GARANTIES

ARTICLE 2-1 - FAITS GÉNÉRATEURS

Les garanties s'appliquent en cas de :

- accident corporel* ou de maladie* soudaine et imprévisible entraînant une hospitalisation* imprévue ou une immobilisation*,
- séjour prolongé à la maternité, de naissance d'un enfant grand prématuré
- décès de l'assuré suite à un accident corporel* ou de maladie*
- événement traumatisant
- survenance d'une pathologie nécessitant un traitement par chimiothérapie, radiothérapie, trithérapie, quadrithérapie ou curiethérapie, ou d'une aggravation entraînant une hospitalisation* dans les conditions spécifiées à chaque article.

Les garanties décrites aux articles 8.2 « Conseil social », 8.3 « Informations juridiques », 8.4 « Informations médicales », et 8.5 « Recherche médecin, infirmière, intervenant paramédical » s'appliquent à tout moment.

ARTICLE 2-2 - INTERVENTION

Pour bénéficier des garanties d'assistance, vous pouvez contacter 24h/24 et 7j/7, IMA aux numéros suivants :

- depuis la France : 0800 060 504 (numéro gratuit depuis un poste fixe, surcoût éventuel selon opérateur)
- depuis l'étranger : +33 5 49 34 72 98

Pour contacter IMA par courrier :

IMA ASSURANCES

118 avenue de Paris - CS 40 000 - 79 033 Niort Cedex 9

ARTICLE 2-2-1 Application des garanties

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

L'application des garanties d'assistance est appréciée, pour ce qui concerne la durée et le montant de la prise en charge, en fonction de la situation personnelle du bénéficiaire. Le nombre d'heures attribuées ainsi que le montant pourront donc être inférieurs au plafond indiqué.

Pour évaluer les besoins du bénéficiaire, IMA se base sur des critères objectifs liés à son environnement et sa situation de vie notamment : taille du logement, composition du foyer familial niveau d'autonomie (capacité à faire sa toilette, se déplacer seul, sortir du domicile, préparer ses repas, effectuer des tâches ménagères...) et aides existantes.

Les garanties décrites aux articles 6 « En cas d'accident corporel* ou de maladie soudaine et imprévisible* survenu lors d'un déplacement » et 7 « En cas de décès » s'appliquent compte tenu des caractéristiques géographiques, climatiques, économiques, politiques et juridiques propres au lieu de déplacement et constatées lors de l'évènement.

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

De même, IMA ne peut intervenir dans 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.

L'urgence, qui justifie l'intervention d'IMA, se trouvant atténuée en cas de séjour dans un Centre de Convalescence* du fait du temps dont dispose le bénéficiaire pour organiser son retour au domicile*, est également prise en compte pour l'évaluation des besoins du bénéficiaire. Les séjours dans ces structures ne sont pas considérés comme des hospitalisations.

IMA ne participera pas après coup aux dépenses que le bénéficiaire aurait engagées de sa propre initiative.

Toutefois, afin de ne pas pénaliser le bénéficiaire qui aurait fait preuve d'initiative raisonnable, IMA pourrait apprécier leur prise en charge, sur justificatifs.

Dès lors que certaines garanties ne peuvent être mises en œuvre par IMA dans les DROM/POM/COM/TOM listés à l'article 2.2.3 « Territorialité », elles sont prises en charge par IMA, en accord préalable avec elle, sur présentation de justificatifs et dans la limite des barèmes retenus en France métropolitaine.

ARTICLE 2-2-2 Délai de demande d'assistance

IMA apporte une aide immédiate et effective. Aussi, toute demande d'assistance doit être exercée dans les délais impartis ci-dessous:

Principe : Sauf cas fortuit ou cas de force majeure, pour être recevable, toute demande d'assistance portant sur les garanties décrites aux articles :

- 3-1, 3-2, 3-3 (à l'exception du 3-3-1), 3-4, 3-5, 3-8, 3-9 (à l'exception du 3-9-1 au 3-9-9, du 3-9-19 au 3-9-21)
- 4 (à l'exception du 4-1)
- 5 (à l'exception du 5-1)
- 7 (à l'exception du 7-1 au 7-7)

doit être exercée au plus tard dans les 30 jours qui suivent :

- d'une immobilisation* au domicile*
- de la sortie d'une hospitalisation imprévue*
- d'un décès.

Passé ce délai, aucune garantie ne sera accordée si le retard dans la déclaration est à l'origine d'un préjudice.

Par exception, pour la garantie « aide à domicile* » prévue aux articles 3-3-1, 3-9-9, 4-1, 5-1 et 7-7 , le délai de demande d'assistance est de 7 jours à compter :

- d'une immobilisation* au domicile*
- de la sortie d'une hospitalisation imprévue*
- d'un décès.

Passé ce délai, un décompte sera effectué sur les plafonds accordés et les garanties seront mises en place au prorata des jours restants.

Ce décompte s'effectue à partir du premier jour de l'évènement (sortie d'hospitalisation*, immobilisation* ou décès).

Illustration pour la garantie aide-ménagère plafonnée à 30 jours : en cas d'appel le 15ème jour, la garantie est alors plafonnée à 15 jours calendaires.

ARTICLE 2-2-3 Territorialité

Les garanties décrites à l'article 6 « Accident corporel ou maladie soudaine et imprévisible* survenu lors d'un déplacement » s'appliquent pour tout déplacement à but touristique, humanitaire, d'études universitaires, de stages effectués dans le cadre de ces études ou de séjour au pair d'une durée continue inférieure à 12 mois ainsi que pour tout déplacement professionnel d'une durée inférieure à 90 jours calendaires survenu dans le monde entier, sans franchise kilométrique .

Les garanties décrites à l'article 7 « En cas de décès »:

- en cas de décès en France* si l'évènement se produit à plus de 30 km du domicile*
- en cas de décès à l'étranger* sans franchise kilométrique, pour tout déplacement à but touristique, humanitaire, d'études universitaires, de stages effectués dans le cadre de ces études ou de séjour au pair d'une durée continue inférieure à 12 mois ainsi que pour tout déplacement professionnel d'une durée inférieure à 90 jours calendaires.

Les autres garanties s'appliquent en France* quelle que soit la durée du déplacement.

ARTICLE 2-2-4 MODALITÉS DE TRANSPORT DES PERSONNES

Les transports de bénéficiaires* ou de proches* s'effectuent en taxi, train 1ère classe ou avion de classe économique, ils sont mis en œuvre dans les conditions suivantes :

- si le domicile* de l'assuré est situé en France métropolitaine, Andorre et Monaco, le transport est effectué en France métropolitaine, Andorre et Monaco
- si le domicile* de l'assuré est situé dans un DROM, POM, COM, TOM, le transport est effectué au sein du DROM, POM, COM, TOM de résidence de l'assuré.

ARTICLE 2-2-5 Pièces justificatives

IMA se réserve le droit de demander la justification de l'événement générant la mise en œuvre des garanties (certificat médical, certificat de décès).

3. EN CAS D'HOSPITALISATION IMPRÉVUE* OU D'IMMOBILISATION* SUITE À UN ACCIDENT CORPOREL* OU UNE MALADIE SOUDAIN ET IMPRÉVISIBLE*

ARTICLE 3.1 – EN CAS D'HOSPITALISATION IMPRÉVUE* > À 24 HEURES, OU D'IMMOBILISATION* À DOMICILE* > À 5 JOURS CALENDAIRES (vous / votre conjoint)

ARTICLE 3-1-1 Prise en charge des enfants (de moins de 16 ans) ou enfants handicapés (sans limite d'âge)

IMA organise et prend en charge l'une des garanties suivantes :

- Le déplacement d'un proche* : le déplacement aller et retour en France* d'un proche* pour garder vos enfants au domicile*.
- Le transfert des enfants : le voyage aller et retour en France* de vos enfants, ainsi que celui d'un adulte les accompagnant, auprès de proches* susceptibles de les accueillir. En cas de nécessité, ou d'indisponibilité d'un accompagnateur, IMA organise et prend en charge l'accompagnement de vos enfants par l'un de ses prestataires.
- La garde des enfants

Si aucune de ces solutions ne convient, IMA organise et prend en charge la garde de jour de vos enfants au domicile* par l'un de ses intervenants habilités.

Ce service est disponible du lundi au vendredi, hors jours fériés. Le nombre d'heures de garde est évalué par IMA selon la situation et ne pourra excéder 30 heures réparties sur une période maximale de 30 jours calendaires.

ARTICLE 3-1-2 Conduite à l'école

Lorsqu'aucun proche* ne peut se rendre disponible, IMA organise et prend en charge la conduite à l'école et le retour de vos enfants au domicile* par l'un de ses prestataires.

Cette garantie s'applique dans la limite d'un aller-retour par jour et par enfant, jusqu'à 5 jours répartis sur une période de 30 jours calendaires. Pour les enfants handicapés, la conduite en centre spécialisé s'effectue selon les mêmes dispositions, sans aucune limite d'âge.

ARTICLE 3-1-3 Conduite aux activités extra-scolaires

Lorsqu'aucun de vos proches* ne peut se rendre disponible, IMA organise et prend en charge la conduite aux activités extrascolaires et le retour de vos enfants au domicile* par l'un de ses prestataires.

Cette garantie s'applique dans la limite d'un aller-retour par semaine et par enfant sur une période de 4 semaines maximum.

ARTICLE 3-1-4 Prise en charge des ascendants

IMA organise et prend en charge l'une des garanties suivantes :

- Le déplacement d'un proche* : le déplacement aller-retour en France* d'un proche* pour garder vos ascendants au domicile*.
- Le transfert des ascendants chez un proche* : le voyage aller-retour en France* de vos ascendants auprès de proches* susceptibles de les accueillir.
- La garde des ascendants : si aucune de ces solutions ne convient, IMA organise et prend en charge la garde de jour des ascendants au domicile* par l'un de ses intervenants habilités.

Cette prestation est mise en œuvre entre 8h et 20h, hors dimanche et jours fériés. Le nombre d'heures de garde attribué est évalué par IMA selon la situation et ne pourra excéder 30 heures réparties sur une période maximale de 30 jours calendaires.

ARTICLE 3-2 – EN CAS D'HOSPITALISATION IMPRÉVUE* > À 24 HEURES, OU D'IMMOBILISATION* À DOMICILE* > À 5 JOURS CALENDAIRES (enfant)

ARTICLE 3-2-1 Déplacement d'un proche* pour garde d'enfants

IMA organise et prend en charge l'une des garanties suivantes :

- La présence d'un proche* au chevet : le déplacement aller-retour en France, d'un proche* au chevet de votre enfant.

- La garde des enfants : dans l'hypothèse où la garantie « présence d'un proche* au chevet » ne pourrait s'appliquer, IMA organise et prend en charge la garde de jour de vos enfants au domicile* par l'un de ses intervenants habilités.

Ce service est disponible du lundi au vendredi, hors jours fériés. Le nombre d'heures est évalué par IMA selon la situation et ne pourra excéder 30 heures réparties sur une période maximale de 30 jours calendaires.

ARTICLE 3-3 – EN CAS D'HOSPITALISATION IMPRÉVUE* > À 2 JOURS CALENDAIRES OU D'IMMOBILISATION* À DOMICILE* > À 5 JOURS CALENDAIRES (vous / votre conjoint)

ARTICLE 3-3-1 Aide à domicile*

IMA organise et prend en charge la venue au domicile* d'une aide-ménagère, pour venir en aide à vos proches*.

Missions : réalisation de tâches quotidiennes (ménage, préparation des repas, vaisselle, repassage et courses de proximité).

Le nombre d'heures est évalué par IMA selon la situation et ne pourra excéder 30 heures réparties sur une période maximale de 30 jours calendaires, à raison de 2 heures minimum par intervention.

ARTICLE 3-3-2 Présence d'un proche*

IMA organise et prend en charge le déplacement aller et retour en France, d'un de vos proches*.

IMA organise et prend en charge également son hébergement* pour 3 nuits, petits déjeuners inclus, à concurrence de 150 euros.

ARTICLE 3-3-3 Services de proximité

ARTICLE 3-3-3-1 Livraison de médicaments

Lorsqu'aucun de vos proches* n'est en mesure d'aller chercher les médicaments prescrits par votre médecin traitant, IMA se charge de les rechercher à la pharmacie la plus proche du domicile* et de vous les livrer.

Cette garantie s'applique dans la limite de 1 livraison sur une période de 30 jours calendaires. Le prix des médicaments reste à votre charge.

ARTICLE 3-3-3-2 Portage de repas

Lorsque vous n'êtes pas en mesure de préparer les repas vous-même ou de les faire préparer par votre entourage, IMA prend en charge 1 livraison d'un pack de 5 à 7 jours de repas* répartie sur une période de 30 jours calendaires.

Lors de la commande, vous trouverez une écoute pour vous aider à composer vos repas en fonction de vos choix alimentaires et/ou d'un régime spécifique (diabétique, contrôlé en sodium, hypocalorique). Il vous sera proposé un large choix de plats équilibrés et renouvelés en fonction des saisons.

Le prix des repas demeure à votre charge.

* sont considérés comme repas le déjeuner et le dîner. Le petit déjeuner est exclu de la garantie.

ARTICLE 3-3-3-3 Livraison de courses

Lorsqu'aucun de vos proches* n'est en mesure de faire les courses, IMA prend en charge les frais de livraison de 1 commande de courses par semaine sur une période de 30 jours calendaires.

Lorsque les disponibilités locales ne permettent pas le service de livraison à domicile*, IMA organise et prend en charge la livraison par taxi. Les frais de livraison vous sont remboursés sur présentation d'un justificatif.

Le prix des courses demeure à votre charge.

ARTICLE 3-3-3-4 Coiffure à domicile*

Lorsque vous avez besoin de soin de coiffure, IMA organise le déplacement d'un coiffeur au domicile*.

Cette garantie s'applique dans la limite de 1 déplacement sur une période de 30 jours calendaires. Le prix de la prestation du coiffeur demeure à votre charge.

ARTICLE 3-3-3-5 Portage d'espèces

Lorsque vous ne disposez plus d'espèces et ne pouvez pas vous en procurer, IMA organise et prend en charge une fois sur une période de 30 jours calendaires :

- un transport aller/retour dans un établissement bancaire proche du domicile*,
- ou bien le portage d'espèces contre reconnaissance de dette, par un de ses prestataires, pour un montant maximum de 150 euros.

La somme avancée devra être remboursée à IMA dans un délai de 30 jours calendaires.

ARTICLE 3-3-3-6 Prise en charge des animaux domestiques*

IMA organise et prend en charge l'une des garanties suivantes :

- la visite de l'animal à votre domicile* par un «garde d'animaux»,
- la garde à votre domicile* par un «garde d'animaux »,
- la garde de l'animal chez un «garde d'animaux».

Le «garde d'animaux» se chargera d'acheter l'alimentation de l'animal lorsque vos proches* ne pas sont en mesure d'acheter la nourriture de l'animal. Cela ne s'applique pas aux rations ménagères (litière,...).

La prise en charge comprend les frais de déplacement aller-retour et les frais de «garde d'animaux». Le nombre d'interventions est évalué par IMA selon la situation et ne pourra excéder 30 interventions réparties sur une période maximale de 30 jours calendaires.

Cette garantie s'applique s'il y a mise à disposition, pour le «garde d'animaux», des clés et/ou du code d'accès de l'habitation et des conditions d'accessibilité en toute sécurité aux locaux.

Cette garantie s'applique à la condition que les animaux domestiques* aient reçu les vaccinations obligatoires.

ARTICLE 3-3-4 Aide aux devoirs

IMA organise et prend en charge un soutien pédagogique au domicile* auprès de vos enfants (du primaire au secondaire) dans les matières principales

(mathématiques, français, SVT, physique/chimie, langues, histoire/géographie, philosophie, économie).

Cette prestation est mise en œuvre à raison de 2 heures par enfant et par semaine, hors vacances scolaires et jours fériés. Cette garantie s'applique pendant la durée d'hospitalisation* ou d'immobilisation* et sur une période maximale de 4 semaines.

ARTICLE 3-4 – EN CAS D'HOSPITALISATION IMPRÉVUE* > À 2 JOURS CALENDAIRES OU D'IMMOBILISATION* À DOMICILE* > À 5 JOURS CALENDAIRES (enfant)

ARTICLE 3-4-1 Garde des frères et sœurs

Lorsqu'aucun de vos proches* ne peut l'assumer, IMA organise et prend en charge la garde de jour des autres enfants selon les modalités suivantes :

- le déplacement aller et retour en France* d'un proche*,
- ou la garde au domicile* par un intervenant habilité.

Cette prestation est mise en œuvre entre 8 h et 20 h, hors dimanche et jours fériés. Le nombre d'heures est évalué par IMA selon la situation et ne pourra excéder 30 heures réparties sur une période maximale de 30 jours calendaires.

ARTICLE 3-5 – EN CAS D'HOSPITALISATION IMPRÉVUE* > À 2 JOURS CALENDAIRES (vous / votre conjoint)

ARTICLE 3-5-1 Soutien scolaire chez un proche*

En cas de transfert de votre enfant chez un proche* éloigné géographiquement de l'école, empêchant la poursuite des cours, IMA organise et prend en charge un soutien pédagogique de l'enfant (du primaire au secondaire) dans les matières principales (mathématiques, français, SVT, physique/chimie, langues, histoire/géographie, philosophie, économie).

Cette prestation est mise en œuvre au domicile* du proche*, jusqu'à 3 heures par jour ouvrable et par foyer, hors vacances scolaires et jours fériés. Cette garantie s'applique pendant la durée d'hospitalisation* et sur une période maximale de 4 semaines.

ARTICLE 3-5-2 Transfert post-hospitalisation chez un proche*

IMA organise et prend en charge, en France*, le transport non médicalisé de l'assuré ou de son conjoint depuis son domicile* vers le domicile* d'un proche dans les 5 jours suivant sa sortie d'hospitalisation*.

Ce transfert peut être réalisé en taxi, train 1ère classe ou avion classe économique et sera pris en charge à concurrence de 200 euros par trajet aller/retour.

ARTICLE 3-5-3 Fermeture du domicile* quitté en urgence

IMA organise et prend en charge la venue d'une aide à domicile* dans la limite de 2 heures afin de s'assurer que l'habitation soit apte à rester fermée pendant une durée indéterminée.

Cette garantie comprend :

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

La garantie est conditionnée par la remise d'une demande écrite d'intervention de l'assuré ou de son conjoint, la mise à disposition des clés et/ou du code d'accès de l'habitation et les conditions d'accessibilité en toute sécurité aux locaux. IMA intervient dans les 24 heures suite à la remise des clés et/ou du code d'accès de l'habitation. Ce délai peut être porté à 48 heures si la transmission des clés est faite le week-end ou la veille d'un jour férié.

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

ARTICLE 3-6 – EN CAS D'HOSPITALISATION IMPRÉVUE* > À 14 JOURS CALENDAIRES (vous / votre conjoint)

ARTICLE 3-6-1 Préparation du retour au domicile*

En l'absence d'un proche* présent localement, IMA organise et prend en charge la venue d'une aide à domicile* dans la limite de 4 heures pour permettre un retour au domicile* dans les meilleures conditions.

Cette garantie comprend :

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

La garantie est conditionnée par la remise d'une demande écrite d'intervention de l'assuré ou de son conjoint, la mise à disposition des clés et/ou du code d'accès de l'habitation et les conditions d'accessibilité en toute sécurité aux locaux. IMA intervient dans les 24 heures suite à la remise des clés et/ou du code d'accès de l'habitation. Ce délai peut être porté à 48 heures si la transmission des clés est faite le week-end ou la veille d'un jour férié.

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

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

ARTICLE 3-7 – EN CAS D'IMMOBILISATION* > À 5 JOURS CALENDAIRES (vous / votre conjoint)

ARTICLE 3-7-1 Transport aux rendez-vous médicaux

Lorsque vous ou votre conjoint n'êtes pas en état de vous déplacer pour aller à un rendez-vous médical et qu'aucune solution n'est possible auprès de vos proches*, IMA organise et prend en charge un transport, non médicalisé, aller et retour par taxi ou par Véhicule Sanitaire Léger (VSL).

Cette garantie s'applique sur une période de 30 jours calendaires et dans un rayon de 50 km.

ARTICLE 3-7-2 Transport sur le lieu de travail

Lorsque l'assuré ou son conjoint n'est pas en état de se déplacer pour aller sur son lieu de travail et qu'aucune solution n'est possible auprès des proches*, IMA organise et prend en charge, sur une période d'un an, dix trajets du domicile* au travail aller et retour dans un rayon de 30km.

ARTICLE 3-7-3 Transport en ambulance

Hors urgence médicale, IMA organise, sur prescription médicale, le transport de l'un des bénéficiaires* par ambulance ou véhicule sanitaire léger entre son domicile* et un établissement de soins de son choix, proche de son domicile* et médicalement adapté.

Si son état de santé le nécessite, IMA organise son retour au domicile* par l'un de ces moyens.

Les frais de transport restent à la charge de l'assuré.

ARTICLE 3-8 – EN CAS D'IMMOBILISATION* > À 14 JOURS CALENDAIRES (votre enfant)

ARTICLE 3-8-1 Soutien scolaire

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

Il s'agit de cours particuliers dans les matières principales (mathématiques, français, SVT, physique/chimie, langues, histoire/géographie, philosophie, économie), donnés au domicile* de l'enfant, jusqu'à 3 heures par jour ouvrable, hors vacances scolaires et jours fériés.

Cette garantie s'applique pendant l'année scolaire en cours, pour les enfants du primaire au secondaire.

ARTICLE 3-9 – EN CAS D'IMMOBILISATION * > À 30 JOURS CALENDAIRES (vous / votre conjoint)

ARTICLE 3-9-1 Bilan social

IMA organise et prend en charge un bilan social réalisé par téléphone avec un Travailleur Social.

Celui-ci évalue les besoins d'aide à la décision de devenir aidant, aide à l'organisation pratique du quotidien de l'aidant :

- évaluation de la situation de l'aidant, recueil de données au regard des difficultés évoquées (et/ou demande de conseil, avis...) par l'aidant dans l'aide apportée pour la réalisation des actes de la vie quotidienne prenant en compte les habitudes de vie (aidant/aidé), l'environnement matériel, architectural, humain, ...
- aide à la décision éclairée d'assumer totalement, partiellement ou de ne pas assumer la fonction d'aidant : aptitudes physiques, psychologiques, impacts économiques, vie sociale, conciliation avec la vie professionnelle, familiale, capacité d'organisation...
- proposition de préconisations personnalisées à l'aidant quant à l'organisation du quotidien : information sur les aides et dispositifs d'aide à domicile existants, aide à l'organisation de prestations de répit et services, organismes dédiés, aide humaine, télé assistance, droits sociaux.
- conseils, orientations vers les organismes locaux compétents.

Cette garantie s'applique dans la limite de 3 appels sur une période de 90 jours calendaires. Ce service est accessible du lundi au vendredi, hors jours fériés. Cette garantie s'applique dans les 12 mois suivant l'événement.

ARTICLE 3-9-2 Enveloppe de services (adulte malade)

IMA met à votre disposition une enveloppe de services de 100 unités de consommation à utiliser sur une période maximale de 12 mois.

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

Il ne sera accordé qu'une enveloppe de services sur une même période de 12 mois. Ces unités peuvent être demandées au fur et à mesure des besoins.

Cette garantie s'applique dans les 12 mois suivant l'événement.

Cf. tableaux « Enveloppe de services » ci-annexés.

ARTICLE 3-9-3 Bilan situationnel par un ergothérapeute

IMA organise et prend en charge le bilan d'un ergothérapeute au domicile*. Cette prestation comprend l'évaluation de la personne dans son lieu de vie :

- recueil d'informations (situation de la personne et de ses proches*, déficiences et incapacités, habitudes de vie, environnement),
- analyse des situations de handicap de la personne (en lien avec le projet de la personne, recherche de compensations efficaces : organisationnelles et/ou gestuelles, aides techniques, aménagement du logement et du véhicule, aide animalière, aide humaine...)
- rédaction d'un document descriptif reprenant les solutions les plus adaptées et permettant la mise en œuvre des préconisations (documentations, schémas, coût des équipements, adresses des revendeurs spécialisés, structures et lieux de ressources sur le plan local...).

Cette prestation est mise en œuvre dans la limite d'une visite conseil sur 12 mois et dans les 12 mois suivant l'événement.

ARTICLE 3-9-4 Service travaux pour aménagement du domicile*

Lorsque l'ergothérapeute préconise des solutions d'aménagements du domicile*, IMA vous met en relation avec une structure du groupe IMA qui servira

d'intermédiaire avec des professionnels du bâtiment pour une aide à la réalisation de travaux d'aménagement de l'habitat dans la limite d'un dossier par événement.

IMA intervient à condition que les travaux n'entrent pas dans le champ de la garantie décennale des constructeurs visée aux articles 1792 et suivants du code civil.

Le service comprend :

- la mise en relation avec un professionnel de son réseau pour l'établissement sur place d'un diagnostic des travaux d'aménagement à effectuer ainsi qu'un devis,

- le contrôle administratif du devis (le contrôle porte notamment sur le taux de TVA, la mention de la durée de validité du devis et les conditions de règlement),
- un avis sur la corrélation entre le descriptif du projet d'aménagement mentionné dans le devis et les prestations proposées,
- un avis sur les prix mentionnés sur le devis par comparaison aux prix du marché.
- le coût des travaux reste à votre charge et vous devez transmettre à la structure du groupe IMA le procès-verbal de fin de travaux ainsi que la facture acquittée.

Cette prestation est mise en œuvre dans la limite d'un dossier par événement dans les 12 mois suivant l'événement.

ARTICLE 3-9-5 Téléassistance*

IMA prend en charge les frais d'installation et de maintenance d'un transmetteur de téléalarme au domicile*, ainsi que les frais d'accès au service.

Cette garantie s'applique pour une durée maximale de 90 jours calendaires et dans un délai de 12 mois suivant l'événement.

ARTICLE 3-9-6 Aide au déménagement

IMA vous transmet 24h/24 et 7j/7, les coordonnées d'une entreprise du déménagement ou d'une société de garde-meuble. Le prix du déménagement reste à votre charge.

Cette garantie s'applique dans les 12 mois suivant l'événement.

ARTICLE 3-9-7 Nettoyage du domicile*

IMA organise et prend en charge le nettoyage du domicile* quitté dans la limite de 500 euros à prendre sur une période de 30 jours calendaires suivant le déménagement.

Cette garantie s'applique dans les 12 mois suivant l'événement.

ARTICLE 3-9-8 Aide au retour à l'activité professionnelle ou scolaire

IMA organise et prend en charge un bilan réalisé par téléphone avec un Travailleur Social et/ou un ergothérapeute (jusqu'à 6 appels par semestre) ainsi qu'une fiche de synthèse adressée à l'assuré.

Cette fiche consiste :

- recueil de données et analyse de la situation professionnelle de la personne,
- informations, orientations et conseils : dans les démarches liées à l'évolution et au changement de la situation professionnelle, lisibilité sur les démarches à effectuer, les acteurs et organismes compétents, préconisations relatives à l'aménagement du poste de conduite ou de travail, orientation, aide à la réflexion et à la décision...,
- rédaction d'une note de synthèse.

Et si nécessaire, un accompagnement sur 8 mois (jusqu'à 6 entretiens individuels et 6 entretiens téléphoniques) peut être mis en place. Cet accompagnement repose sur :

- les techniques de recherche d'emploi : CV et lettre de motivation, organisation de la recherche et techniques de prospection,
- la préparation et simulation d'entretien d'embauche, la prospection d'offres d'emploi.

Cette garantie s'applique dans les 12 mois suivant l'événement.

ARTICLE 3-9-9 Aide à domicile*

(cf. article 3-3-1)

ARTICLE 3-9-10 Présence d'un proche*

(cf. article 3-3-2)

ARTICLE 3-9-11 Services de proximité

(cf. article 3-3-3)

ARTICLE 3-9-12 Aide aux devoirs

(cf. article 3-3-4)

ARTICLE 3-9-13 Prise en charge des enfants (> a 16 ans) ou enfants handicapés (sans limite d'âge)

(cf. article 3-1-1)

ARTICLE 3-9-14 Conduite à l'école

(cf. article 3-1-2)

ARTICLE 3-9-15 Conduite aux activités extra-scolaires

(cf. article 3-1-3)

ARTICLE 3-9-16 Garde des frères et sœurs

(cf. article 3-4-1)

ARTICLE 3-9-17 Soutien scolaire

(cf. article 3-8-1)

ARTICLE 3-9-18 Soutien scolaire chez un proche

(cf. article 3-5-1)

ARTICLE 3-9-19 Transport aux rendez-vous médicaux

(cf. article 3-7-1)

ARTICLE 3-9-20 Transport sur le lieu de travail

(cf. article 3-7-2)

ARTICLE 3-9-21 Transport en ambulance

(cf. article 3-7-3)

ARTICLE 3-9-22 Déplacement d'un proche* pour garde d'enfants

(cf. article 3-2-1)

ARTICLE 3-9-23 Prise en charge des ascendants

(cf. article 3-1-4)

ARTICLE 3-9-24 Prise en charge des animaux domestiques

(cf. article 3-3-3-6)

ARTICLE 3-10 – EN CAS D'IMMOBILISATION* > À 30 JOURS CALENDAIRES (enfant)

ARTICLE 3-10-1 Enveloppe complémentaire de services pour enfants (de moins de 16 ans) ou enfants handicapés (sans limite d'âge) immobilisés* au domicile*

IMA met à disposition du bénéficiaire une enveloppe de services.

Les conditions de mise en œuvre sont identiques à celles de l'article 3-9-2

Cf. tableau enveloppe complémentaire de services pour enfants et décompte en unité ci-annexé.

ARTICLE 3-11 – HOSPITALISATION IMPRÉVUE* > À 5 JOURS CALENDAIRES PUIS IMMOBILISATION* > À 30 JOURS CALENDAIRES

ARTICLE 3-11-1 Case management

IMA organise et prend en charge la garantie de coordination réalisée par un Travailleur Social(1) et/ou un ergothérapeute en fonction de la problématique :

- évaluation et repérage des besoins en prenant en compte l'environnement, les habitudes de vie, les ressources et freins, les aides existantes, ...
- préconisations multiformes d'aides et services à mettre en place
- coordination d'actions : prise de contact avec les différents services, professionnels et structures afin d'assurer, de mettre en place, d'organiser et de suivre l'aide adaptée à la situation (incapacités, handicap, ...) en lien avec son projet de vie – articulation de financements publics et privés
- suivi de la cohérence des actions mise en œuvre
- réajustement / réévaluation en cas de dysfonctionnement.

Cette garantie téléphonique est réalisée dans le cadre d'un accompagnement sur 12 mois et s'applique dans les 12 mois suivant l'événement.

(1) Titulaire du diplôme de Conseiller en Economie Sociale et Familiale ou Assistante Sociale

4. SÉJOUR MATERNITÉ (vous / votre conjoint pour un séjour > 5 jours en maternité, ou la naissance de grand prématuré - naissance d'un enfant < à 37 semaines d'aménorrhées)

ARTICLE 4-1 – AIDE À DOMICILE*

(cf article 3-3-1)

ARTICLE 4-2 – PRISE EN CHARGE DES ENFANTS (DE MOINS DE 16 ANS) OU ENFANTS HANDICAPÉS (SANS LIMITE D'ÂGE)

(cf article 3-1-1)

5. EN CAS DE TRAITEMENT POUR MALADIE GRAVE (chimiothérapie, radiothérapie, trithérapie, quadrithérapie ou curiethérapie, ou d'une aggravation entraînant une hospitalisation*)

ARTICLE 5-1 – AIDE À DOMICILE*

(cf. article 3-3-1)

ARTICLE 5-2 PRISE EN CHARGE DES ENFANTS (DE MOINS DE 16 ANS) OU ENFANTS HANDICAPÉS (SANS LIMITE D'ÂGE)

(cf. article 3-1-1)

ARTICLE 5-3 – PRISE EN CHARGE DES ASCENDANTS

(cf. article 3-1-4)

ARTICLE 5-4 CONDUITE À L'ÉCOLE

(cf. article 3-1-2)

ARTICLE 5-5 – LIVRAISON DE MÉDICAMENTS

(cf. article 3-3-3-1)

ARTICLE 5-6 – TRANSPORT EN AMBULANCE

(cf. article 3-7-3)

6. ACCIDENT CORPOREL* OU UNE MALADIE SOUDAINEMENT ET IMPRÉVISIBLE* SURVENU LORS D'UN DÉPLACEMENT (vous / votre conjoint / votre enfant)

ARTICLE 6-1 – RAPATRIEMENT MÉDICAL

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

Si de ce fait, le moyen de retour prévu initialement ne peut être utilisé, IMA organise et prend en charge le retour des autres bénéficiaires* à leur domicile*.

ARTICLE 6-2 – FRAIS DE SECOURS EN MONTAGNE

En cas d'accident d'un bénéficiaire* lié à la pratique du ski alpin ou de fond, dans le domaine skiable autorisé et hors compétition sportive, IMA prend en charge les frais de secours appropriés du lieu de l'accident jusqu'à la structure médicale adaptée. A l'étranger*, IMA prend en charge les frais de secours en montagne, à l'exclusion des frais de recherche, qu'ils soient liés ou non à la pratique du ski.

ARTICLE 6-3 – L'ACCIDENT CORPOREL* OU LA MALADIE SOUDAINE ET IMPRÉVISIBLE* ENTRAÎNE UNE HOSPITALISATION IMPRÉVUE* > à 10 JOURS CALENDAIRES

ARTICLE 6-3-1 RAPATRIEMENT DES AUTRES BÉNÉFICIAIRES*

IMA organise et prend en charge le transport des autres bénéficiaires* par le moyen le plus approprié, dès lors que ceux-ci ne peuvent utiliser les moyens prévus pour leur retour au domicile*.

Pour les enfants de moins de 16 ans, IMA organise et prend en charge le retour d'un accompagnant ou d'un proche* si nécessaire.

ARTICLE 6-3-2 FRAIS DE PROLONGATION DE SÉJOUR POUR DES RAISONS MÉDICALES

Lorsque des soins ont été dispensés à un bénéficiaire* et qu'il n'est pas jugé transportable vers son domicile* par les médecins d'IMA, alors que son état médical ne nécessite pas une hospitalisation*, IMA organise et prend en charge son hébergement* pour 10 nuits, petits déjeuners inclus, à concurrence de 50 euros par nuit.

ARTICLE 6-3-3 FRAIS MÉDICAUX

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

Pour les frais dentaires, la prise en charge s'effectue à concurrence de 80 euros.

Une franchise de 30 euros est appliquée pour les frais médicaux (y compris frais dentaires).

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

Dans l'attente des remboursements de la partie prise en charge par les organismes sociaux français, la totalité des frais médicaux et d'hospitalisation* fait l'objet d'une avance.

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

ARTICLE 6-3-4 ATTENTE SUR PLACE D'UN ACCOMPAGNANT

Lorsque le bénéficiaire* blessé, non transportable, doit rester hospitalisé au-delà de la date initialement prévue pour son retour, IMA organise et participe à l'hébergement* d'une personne attendant sur place le rapatriement, à concurrence de 50 euros par jour, et ce pour une durée maximale de 10 jours.

ARTICLE 6-3-5 PRÉSENCE D'UN PROCHE*

Lorsque le bénéficiaire*, blessé, non transportable, doit rester hospitalisé pendant plus de 10 jours et qu'il est isolé de tout membre de sa famille, IMA organise et prend en charge le transport aller et retour d'un proche* pour se rendre à son chevet, ainsi que son hébergement* pour 10 nuits, petits déjeuners inclus, à concurrence de 50 euros par nuit..

7. EN CAS DE DÉCÈS SUITE À UN ACCIDENT CORPOREL* OU UNE MALADIE SOUDAINE ET IMPRÉVISIBLE* (vous / votre conjoint / vos enfants / vos ascendants directs / vos frères ou sœurs)

A PLUS DE 30KM DU DOMICILE

ARTICLE 7-1 – RAPATRIEMENT DE CORPS

IMA organise et prend en charge le transport du corps.

Celui-ci s'effectue au lieu d'inhumation ou de crémation choisi en France métropolitaine (si le domicile* de l'assuré est situé en France métropolitaine, Andorre ou Monaco, ou dans le DROM, POM, COM, TOM de résidence, si le domicile* de l'assuré est situé dans un DROM, POM, COM, TOM).

La prise en charge inclut les frais de préparation du défunt, les formalités, les aménagements spécifiques au transport, ainsi qu'un cercueil conforme à la législation et de qualité courante, si la mise en bière est intervenue préalablement au transport en vertu d'une obligation réglementaire, ou la prise en charge du rapatriement de l'urne funéraire si la crémation a lieu sur le lieu de décès.

Les autres frais, notamment les frais de cérémonie, d'inhumation ou d'incinération restent à la charge de votre famille.

ARTICLE 7-2 – DÉPLACEMENT D'UN MEMBRE DE VOTRE FAMILLE SUR LE LIEU DU DÉCÈS

IMA organise et prend en charge le déplacement d'un de vos proches* sur le lieu du décès (si la présence de celui-ci sur les lieux du décès s'avère indispensable pour effectuer la reconnaissance du corps ou les formalités de rapatriement ou d'incinération).

IMA organise et prend en charge également son hébergement* pour 3 nuits, petits déjeuners inclus, à concurrence de 150 euros.

ARTICLE 7-3 – RETOUR DES ACCOMPAGNATEURS DE L'ASSURÉ DÉCÉDÉ

IMA organise et prend en charge le transport des autres bénéficiaires* par le moyen le plus approprié, dès lors que ceux-ci ne peuvent utiliser les moyens prévus initialement pour leur retour au domicile*.

EN FRANCE* UNIQUEMENT SANS FRANCHISE KILOMÉTRIQUE

ARTICLE 7-4 – AIDE À LA RECHERCHE D'UN PRESTATAIRE FUNÉRAIRE

En France*, sur demande de vos proches, IMA fournit les coordonnées d'entreprises de pompes funèbres pour les aider à organiser les obsèques.

ARTICLE 7-5 ACCOMPAGNEMENT SUITE AU DÉCÈS

Afin d'aider vos proches* dans les différentes étapes du deuil (identifier avec eux les démarches à accomplir, planifier et prioriser les actions à mettre en œuvre), les Travailleurs Sociaux d'IMA apportent, par téléphone, leur expertise :

- écoute psycho-sociale prenant en compte les étapes du deuil,
- aide dans les formalités administratives en fonction du statut de la personne décédée : priorisation des organismes à contacter, calendrier, lettres-types,
- aide à la réorganisation du quotidien : identification des impacts liés au décès et priorisation d'actions auprès du proche* survivant (services à la personne, téléassistance*, soutien d'associations locales, recherche d'activités de vie sociale...).

Ce service est disponible du lundi au vendredi, hors jours fériés. Cette garantie est accordée dans la limite de 3 entretiens téléphoniques dans les 90 jours calendaires suivant le décès, accompagné d'un appel de suivi dans les 90 jours calendaires suivant le premier appel.

ARTICLE 7-6 – AVANCE DE FONDS

Une avance de fonds pourra être accordée à votre famille, contre reconnaissance de dette pour permettre de faire face aux frais des obsèques.

Cette garantie ne pourra excéder un montant maximum de 1000 euros.

Cette avance de fonds est remboursable dans un délai de 30 jours calendaires suivant le décès.

ARTICLE 7-7 – AIDE À DOMICILE*

(cf. article 3-3-1)

ARTICLE 7-8 – PRISE EN CHARGE DES ANIMAUX DOMESTIQUES*

(cf. article 3-3-3-6)

ARTICLE 7-9 – PRISE EN CHARGE DES ENFANTS (de moins de 16 ans) OU ENFANTS HANDICAPÉS (sans limite d'âge)

(cf. article 3-1-1)

ARTICLE 7-10 – CONDUITE À L'ÉCOLE

(cf. article 3-1-2)

ARTICLE 7-11 – PRISE EN CHARGE DES ASCENDANTS

(cf. article 3-1-4)

8. LES + CONSEILS

ARTICLE 8-1 – PRÉVENTION DES RISQUES DE CHUTES

Un dépistage du risque de chutes est réalisé au domicile* par un prestataire agréé et complété par un questionnaire d'évaluation (environnement domiciliaire, habitudes de vie, conduites à risque, alimentation, ...).

Suivant les résultats du test, la garantie prévoit :

- en cas de risque faible : la remise des recommandations écrites générales,
- en cas de risque modéré : un entretien téléphonique avec un ergothérapeute pour évaluer à distance les différents domaines de risques et émettre des recommandations adaptées aux problématiques identifiées
- en cas de risque fort (par exemple chute antérieure) : une évaluation au domicile* par un ergothérapeute avec remise d'un rapport de recommandations personnalisé.

Cette garantie est limitée à un bilan par an et à partir de 65 ans.

ARTICLE 8-2 – CONSEIL SOCIAL

IMA organise et prend en charge, selon la situation, de 1 à 5 entretiens téléphoniques par année et par foyer et sur 12 mois avec un Travailleur Social*.

Le Travailleur Social s'appuie sur une approche globale de la personne afin de déterminer la(les) problématique(s) à prendre en compte. Il est en capacité d'écouter pour identifier les priorités et faire des préconisations :

- informations, conseils et orientation en réponse à une problématique de droit social liée à la vie quotidienne, professionnelle, scolaire et sociale, aux financements, au logement, à l'aide à domicile*, à la retraite, aux services à la personne et au financement post assurantiel,
- orientation vers les organismes locaux compétents.

*Titulaire du diplôme de Conseiller en Economie Sociale et Familiale ou Assistante Sociale

Ce service est accessible du lundi au samedi, hors jours fériés

ARTICLE 8-3 – INFORMATIONS JURIDIQUES

IMA met à la disposition des bénéficiaires* souhaitant obtenir des informations, un service d'information juridique et vie pratique pour apporter des réponses en matière de droit français.

A titre d'exemples : famille, santé, dépendance, succession, fiscalité, administration, justice, vie pratique, vacances à l'étranger ...

Ce service est accessible du lundi au samedi, hors jours fériés.

ARTICLE 8-4 – INFORMATIONS MÉDICALES

Une équipe médicale communique des informations et conseils médicaux sur les domaines suivants :

- pré-hospitalisation, post-hospitalisation, grossesse, nourrisson, conseil TMS, troubles du sommeil, gestion du stress, conseil dépistage cancer, médicaments,
- voyage, loisirs (attitudes préventives, vaccinations, risques médicaux...).

ARTICLE 8-5 – RECHERCHE MÉDECIN, INFIRMIERE, INTERVENANT PARAMÉDICAL

Dès lors que l'évènement ne relève pas de l'urgence, IMA vous communique les coordonnées de médecins, infirmières, laboratoires, cabinets de radiographie, intervenants paramédicaux.

ARTICLE 8-6 – SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE

En cas d'événements ressentis comme traumatisants (invalidité, maladie, décès), IMA organise et prend en charge, selon la situation pour vous ou vos proches*, selon la situation, jusqu'à 5 entretiens téléphoniques avec un psychologue clinicien et si nécessaire, jusqu'à 3 entretiens en face à face avec un psychologue clinicien.

Ce service est accessible du lundi au vendredi, hors jours fériés. Les prestations doivent être exécutées dans un délai de 12 mois suivant l'évènement.

9. LIMITATIONS ET EXCLUSIONS À L'APPLICATION DES GARANTIES

ARTICLE 9-1 INFRACTION

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

ARTICLE 9-2 – FORCE MAJEURE

IMA ne sera pas tenue responsable des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure ou d'événements tels que pandémie, épidémie, guerre civile ou étrangère, révolution, mouvement populaire, attentat, émeute, grève, saisie ou contrainte par la force publique, interdiction officielle, piraterie, explosion d'engin, effet nucléaires ou radioactif, empêchement climatique.

ARTICLE 9-3 – REFUS DU BÉNÉFICIAIRE*

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

ARTICLE 9-4 – EXCLUSIONS

NE DONNENT PAS LIEU À L'APPLICATION DES GARANTIES :

LES DÉCÈS PAR SUICIDE S'IL SURVIENT MOINS D'UN AN À COMPTER DE LA DATE D'EFFET DES GARANTIES.

LES DÉCÈS CONSÉCUTIFS :

- À UNE INOBSERVATION VOLONTAIRE DE LA RÉGLEMENTATION DU PAYS VISITÉ OU DE LA PRATIQUE D'ACTIVITÉS NON AUTORISÉES PAR LES AUTORITÉS LOCALES,
- À LA PRATIQUE, À TITRE PROFESSIONNEL, DE TOUT SPORT,
- À LA PRATIQUE D'UN SPORT DANS LE CADRE DE COMPÉTITIONS ORGANISÉES PAR UNE FÉDÉRATION SPORTIVE ET POUR LESQUELLES UNE LICENCE EST DÉLIVRÉE,
- À LA PARTICIPATION À DES DÉMONSTRATIONS, ACROBATIES, RALLYES, COMPÉTITIONS OU À DES ÉPREUVES D'ENDURANCE OU DE VITESSE AINSI QU'À LEURS ESSAIS PRÉPARATOIRES, À BORD DE TOUT ENGIN DE LOCOMOTION TERRESTRE, NAUTIQUE OU AÉRIEN,
- À LA PARTICIPATION VOLONTAIRE À DES RIXES SAUF EN CAS DE LÉGITIME DÉFENSE, À DES GUERRES CIVILES OU ÉTRANGÈRES, À DES ATTENTATS, À DES ÉMEUTES, À DES INSURRECTIONS, À DES GRÈVES, À DES ACTES DE TERRORISME, DE PIRATERIE, DE SABOTAGE, À DES MOUVEMENTS POPULAIRES QUEL QUE SOIT LE LIEU OÙ SE DÉROULENT CES ÉVÉNEMENTS ET QUELS QUE SOIENT LES PROTAGONISTES,
- À UN ÉTAT OU À UN ACCIDENT RÉSULTANT DE L'USAGE DE DROGUES, DE STUPÉFIANTS ET PRODUITS ASSIMILÉS NON PRESCRITS MÉDICALEMENT, OU À L'ABSORPTION D'ALCOOL (LE CAS ÉCHÉANT : SI LE TAUX D'ALCOOLÉMIÉ EST SUPÉRIEUR AU TAUX LÉGAL DE TOLÉRANCE),
- AUX EFFETS DIRECTS OU INDIRECTS D'EXPLOSION, DE DÉGAGEMENT DE CHALEUR OU D'IRRADIATION PROVENANT DE LA TRANSMUTATION DES NOYAUX D'ATOME.
- EN CAS DE RÉTICENCE, OMISSION, DÉCLARATION FAUSSE OU INEXACTE SUR LE RISQUE COURU, QUE DU JOUR OÙ IMA EN A EU CONNAISSANCE ;
- EN CAS DE SINISTRE, QUE DU JOUR OÙ LE BÉNÉFICIAIRE* EN A EU CONNAISSANCE, S'IL PROUVE QU'IL L'A IGNORÉ JUSQUE-LÀ.

NE DONNENT PAS LIEU A L'APPLICATION DES GARANTIES, LES HOSPITALISATIONS* :

- DANS DES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES PSYCHIATRIQUES, GÉRONTOLOGIQUES ET GÉRIATRIQUES, PROGRAMMÉES LORSQU'ELLES SONT LIÉES A DES MALADIES CHRONIQUES,
- LIÉES À DES SOINS DE CHIRURGIE PLASTIQUE ENTREPRIS POUR DES RAISONS EXCLUSIVEMENT ESTHÉTIQUES, AINSI QUE LEURS CONSÉQUENCES, EN DEHORS DE TOUTE INTERVENTION A LA SUITE DE BLESSURES, MALFORMATIONS OU LÉSIONS LIÉES A DES MALADIES,
- LIÉES AU CHANGEMENT DE SEXE, À LA STÉRILISATION, LES TRAITEMENTS POUR TRANSFORMATIONS, DYSFONCTIONNEMENTS OU INSUFFISANCES SEXUELLES, AINSI QUE LEURS CONSÉQUENCES, CONSÉCUTIVES À UNE MALADIE NON SOUDAINE ET PRÉVISIBLE.

DE MEME SONT EXCLUES LES HOSPITALISATIONS* ET IMMOBILISATIONS* CONSÉCUTIVES À L'USAGE DE DROGUES, DE STUPÉFIANTS NON ORDONNÉS MÉDICALEMENT, À LA CONSOMMATION D'ALCOOLS OU RÉSULTANT DE L'ACTION VOLONTAIRE DU BÉNÉFICIAIRE* (SUICIDE, TENTATIVE DE SUICIDE OU MUTILATION VOLONTAIRE).

10. VIE DU CONTRAT

ARTICLE 10-1 – DURÉE DES GARANTIES

Les garanties d'assistance s'appliquent durant la période de validité du contrat d'assurance Multirisque des Accidents de la Vie conclu entre l'assuré et BPCE Prévoyance.

ARTICLE 10-2 – RÉSILIATION

Les garanties d'assistance cessent de plein droit, en cas de renonciation ou de résiliation par l'assuré de son adhésion au contrat Multirisque des Accidents conclue avec BPCE Prévoyance, ou en cas de résiliation par l'assureur dans les cas prévus par la loi et plus généralement en cas de cessation du contrat d'assurance, pour tout événement survenu ultérieurement. Toutefois, dès lors que l'intervention d'assistance aurait été engagée avant la résiliation, elle serait menée à son terme par IMA.

ARTICLE 10-3 – COTISATIONS

ARTICLE 10-3-1 MONTANT DE LA COTISATION

Le montant de la cotisation à l'adhésion est forfaitaire et inclut le montant de la taxe d'assurance.

Le tarif est révisable chaque année au 1er janvier. L'assuré sera informé au plus tard trois mois avant le 31 décembre, date à laquelle le nouveau montant de cotisation lui sera applicable. Si l'assuré n'accepte pas le nouveau tarif, il peut résilier son adhésion.

ARTICLE 10-3-2 PAIEMENT DES COTISATIONS

La périodicité des cotisations d'assurance choisie par l'assuré* sera appliquée à la cotisation d'assistance. Les cotisations sont payables d'avance.

La cotisation d'assistance est prélevée avec la cotisation d'assurance par l'assureur pour le compte d'IMA.

Le défaut de paiement des cotisations sera soumis aux formalités consécutives à un défaut de paiement des cotisations d'assurance et conduira aux mêmes conséquences.

ARTICLE 10-4 – SUBROGATION

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

ARTICLE 10-5 – PRESCRIPTION

Toute action dérivant de la convention d'assistance est prescrite par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où IMA en a eu connaissance ;
 - en cas de sinistre, que du jour où le bénéficiaire* en a eu connaissance, s'il prouve qu'il l'a ignoré jusque-là
- Quand l'action du bénéficiaire* contre IMA 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 le bénéficiaire* ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est interrompue par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre ou par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait ;
 - la demande en justice, même en référé ;
 - une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles ou un acte d'exécution forcée
- L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par IMA au bénéficiaire* en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par le bénéficiaire* à IMA en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Par dérogation à l'article 2254 du code civil, IMA et le bénéficiaire* ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

ARTICLE 10-6 – PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

L'ensemble des informations recueillies dans le cadre de la gestion d'un dossier d'assistance est destiné à IMA afin de mettre en œuvre les garanties d'assistance auxquelles le bénéficiaire* peut prétendre.

Ces informations seront uniquement transmises aux prestataires d'IMA, sollicités dans l'organisation de l'opération d'assistance, ainsi qu'à BPCE Prévoyance, à l'exception des données à caractère médical susceptibles d'être collectées.

La demande de mise en œuvre des garanties emporte autorisation expresse des bénéficiaires à IMA de communiquer les informations médicales susceptibles d'avoir été collectées à tout professionnel de santé devant en connaître pour accomplir la mission de soins confiée par IMA.

A cet effet, dans ces conditions et à l'égard de ces professionnels de santé, les bénéficiaires libèrent IMA ainsi que son personnel médical de son obligation de secret professionnel sur ces informations médicales.

Conformément aux dispositions de la loi Informatique et Liberté du 6 janvier 1978 modifiée, le bénéficiaire* dispose d'un droit d'accès et de rectification des données le concernant l'exercice de ce droit peut se faire auprès d'IMA.

ARTICLE 10-7 – RÉCLAMATION ET MÉDIATION

En cas de désaccord sur l'application de la convention d'assistance, le bénéficiaire* peut contacter par courrier IMA :

IMA ASSURANCES - Service Consommateur - 118 avenue de Paris - CS 40 000 - 79 033 Niort Cedex 9.

Si, malgré les efforts d'IMA pour le satisfaire, le bénéficiaire* reste mécontent de la décision, il pourra demander un avis au Médiateur de l'Assurance, personnalité indépendante extérieure au Groupe BPCE. Sa demande devra être adressée à La Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09.

La Charte de la Médiation de l'Assurance (disponible sur le site <http://www.mediation-assurance.org>) précise les modalités d'intervention du Médiateur de l'Assurance. Le recours au Médiateur ne peut être fait parallèlement à la saisine des tribunaux.

Cependant, ce recours ne porte pas atteinte à une éventuelle procédure contentieuse ultérieure. Les délais de prescription de l'action en justice sont suspendus à compter de la saisine du Médiateur et pendant le délai de traitement de la réclamation par le Médiateur.

BARÈME ENVELOPPE DE SERVICES (30 heures)

Enveloppe de services pour l'assuré ou son conjoint.

Le décompte en unité correspond aux prestations suivantes :

Enveloppe adulte malade	Unité de mesure	Valeur unitaire
Aide-ménagère	1 heure	1 unité
Présence d'un proche*	1 déplacement aller et/ou retour + hébergement*	10 unités
Transport aux RDV médicaux	1 transport aller et/ou retour	6 unités
Livraison de médicaments	1 livraison	4 unités
Livraison de courses	1 livraison	6 unités
Portage de repas	1 livraison	2 unités
Coiffure à domicile	1 déplacement	1 unité
Entretien jardin	1 heure	2 unités
Garde d'enfant	1 heure	2 unités
Conduite à l'école	1 trajet aller et/ou retour par jour	4 unités
Conduite aux activités extrascolaires	1 trajet aller et/ou retour par jour	4 unités

Enveloppe de services pour enfant

Le décompte en unité correspond aux prestations suivantes :

Garde d'enfant malade	1 heure	2 unités
Présence d'un proche*	1 déplacement aller et/ou retour + hébergement*	10 unités
Transport aux RDV médicaux**	1 transport aller et/ou retour	6 unités
Livraison de courses	1 livraison	6 unités
Portage de repas	1 livraison	2 unités
Coiffure à domicile	1 déplacement	1 unité

* Déplacement par train 1ère classe ou avion classe économique. Hébergement dans la limite de 3 nuits, petits déjeuners inclus, à concurrence de 50 € par nuit.

** Dans un rayon de 50 km.

La valeur unitaire des garanties de l'enveloppe de services est susceptible d'être modifiée en cas de revalorisation tarifaire des garanties. En cas de modification, l'enveloppe actualisée vous sera transmise.

Annexe 1 - Protection par l'Assureur de vos Données à caractère personnel

1 Réglementation applicable

La collecte et le traitement par BCPE VIE (l'«**Assureur**»), en qualité de responsable du traitement, de vos données à caractère personnel (les « **Données personnelles** ») dans le cadre de votre demande d'adhésion au présent Contrat (la « **Demande d'adhésion** » ou l'« **Adhésion** ») sont régis par :

- la Loi n°78-17 du 6 janvier 1978, dite Loi Informatiques et Libertés (modifiée par la loi n°2004-801 du 6 août 2004 et par la loi n°2016-1321 du 7 octobre 2016 pour une République numérique) ;
- le Règlement européen n°2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

2 Finalités des traitements réalisés par l'Assureur

Toutes vos Données personnelles demandées dans le cadre de votre Demande d'adhésion sont nécessaires au traitement de votre demande. A défaut de recueillir vos Données personnelles, l'Assureur ne peut donner de suite favorable à votre demande.

Vos Données personnelles ainsi collectées sont utilisées par l'Assureur uniquement pour les finalités suivantes :

- la passation, la gestion et l'exécution de votre Adhésion

=> pour les finalités visées ci-dessus, l'Assureur a besoin de recueillir et de traiter vos Données personnelles afin de permettre le bon fonctionnement de votre Adhésion ;

- la lutte contre la fraude

=> la finalité visée ci-dessus se fonde sur l'intérêt légitime de l'Assureur, garant de la protection de la mutualité des assurés. Par conséquent, vos Données personnelles peuvent être recueillies et utilisées pour lutter contre la fraude.

- la lutte contre le blanchiment des capitaux et la lutte contre le financement du terrorisme

=> la finalité visée ci-dessus se fonde sur le respect de nos obligations légales et réglementaires. Par conséquent, vos Données personnelles sont donc recueillies et utilisées à des fins de sécurité financière.

- le ciblage des clients :

=> la finalité visée ci-dessus se fonde sur l'intérêt légitime de l'Assureur et le respect de la réglementation applicable. En effet, l'Assureur doit concevoir des produits et des services adaptés à ses clients mais aussi répondre à l'ensemble des exigences réglementaires liées à la connaissance du client.

3 Destinataires de vos Données personnelles

Dans le strict cadre des finalités énoncées ci-dessus, les destinataires de vos Données personnelles sont :

- les personnels habilités de l'Assureur ou du Groupe BPCE ;
- les personnels habilités des sous-traitants liés contractuellement à l'Assureur pour l'exécution de tâches se rapportant directement aux finalités décrites précédemment ;
- les personnels habilités des partenaires, ainsi que toute personne habilitée et intéressée au Contrat intervenant aux seules fins d'exécution de ses obligations contractuelles ou réglementaires au titre de votre Demande d'adhésion.

4 Transfert de vos Données personnelles vers des pays en dehors de l'Union européenne.

Vos Données personnelles feront l'objet d'un hébergement dans un pays hors de l'Union européenne dans le respect des conditions imposées par la législation européenne et nationale, toutes les précisions sont accessibles sur le site institutionnel de l'Assureur (domaine vie) à l'adresse Internet suivante : <https://www.vos.donnees.assurances.natixis.com>.

5 Conservation de vos Données personnelles

L'Assureur conserve vos Données personnelles selon les durées précisées ci-dessous :

si vous avez adhéré au Contrat :

- pendant la durée nécessaire à l'exécution de votre Adhésion;
- puis à son dénouement : pendant une durée de 30 ans (sauf si l'Adhésion considérée ne couvre qu'une garantie accident, dans cette hypothèse, les données sont conservées 10 ans après le terme de l'adhésion) ;

si votre demande d'adhésion n'a pas été acceptée par l'Assureur: pendant un délai de 5 ans .

6 Vos droits

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement au traitement de vos Données personnelles ainsi que du droit de demander la limitation du traitement ou de vous y opposer.

Vous pouvez également demander la portabilité de vos Données personnelles lorsque ces dernières ont été nécessaires à l'exécution de votre Adhésion.

Toute demande relative à l'exercice de vos droits ci-dessus concernant le traitement de vos Données personnelles doit être adressée au service du Délégué à la Protection des Données, dont les coordonnées sont les suivantes : BP 4 - 75060 Paris Cedex 02 - dpo.bpcevie@natixis.com.

En cas de désaccord persistant concernant vos Données personnelles, vous avez le droit de saisir la CNIL à l'adresse suivante : Commission Nationale Informatique et Libertés, 3 place de Fontenoy, 75007 Paris, 01 53 73 22 22

BPCE Prévoyance

59 avenue Pierre Mendès France CS11440 - 75709 Paris cedex 13 - France
Tél. : +33 1 58 19 90 00 - Fax : +33 1 58 19 92 50
Société anonyme au capital social de 13 042 257,50 euros - 352 259 717 RCS Paris
Entreprise régie par le Code des assurances
Siège social : 30, avenue Pierre Mendès France

IMA ASSURANCES

118, avenue de Paris, CS 40 000 -79033 Niort Cedex 9 France
Tél. : +33 5 49 75 75 75 - Société anonyme au capital social
de 7 000 000 euros entièrement libéré - Entreprise régie
par le Code des assurances-481 511 632 RCS Niort
Entreprise soumise au contrôle de l'ACPR
4 Place de Budapest CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09