MES BIENS

MON ARGENT

MON ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE

MA FAMILLE

TRANQUILLITÉ FAMILLE

TRANQUILLITÉ FAMILLE

CONDITIONS GÉNÉRALES

LES SOLUTIONS MAAF PRÉVOYANCE

MAAF

CONTRAT TRANQUILLITÉ FAMILLE

Conditions Générales

Réf TRF.011-01/2014

OÙ TROUVER CE QUE VOUS CHERCHEZ

VOTRE FAMILLE ET SA PROTECTION **p. 4**

QUI EST ASSURÉ ? **p. 4**

POUR QUELLES GARANTIES ? **p. 4**

TABLEAU DES GARANTIES **p. 5**

GARANTIE 1
PROTECTION CONTRE LES ACCIDENTS DE LA VIE PRIVÉE **p. 6**

Dans quelles circonstances ? p. 6

Fonctionnement de la garantie p. 6

Blessures d'un assuré p. 6

Décès d'un assuré p. 7

Garantie spécifique attentat p. 7

GARANTIE 2 **p. 9**
PROTECTION COMPLÉMENTAIRE DU CONDUCTEUR

Dans quelles circonstances ? p. 9

Fonctionnement de la garantie p. 9

Blessures d'un conducteur assuré p. 9

Décès d'un conducteur assuré p. 10

GARANTIE 3 **p. 11**
PROTECTION CONTRE LES ACCIDENTS MÉDICAUX

Dans quelles circonstances ? p. 11

Fonctionnement de la garantie p. 11

Prestations p. 11

VOS PRESTATIONS D'ASSISTANCE **p. 13**

Garantie assistance à domicile p. 13

Assistances aux personnes p. 15

OÙ TROUVER CE QUE VOUS CHERCHEZ

VOTRE GARANTIE RENSEIGNEMENTS JURIDIQUES **p. 18**

Les renseignements juridiques p. 18

DISPOSITIONS DIVERSES **p. 19**

Subrogation p. 19

Non cumul des prestations p. 19

Cumul d'assurances p. 19

Étendue territoriale des garanties p. 19

QUE FAIRE EN CAS D'ACCIDENT ? **p. 20**

Votre déclaration p. 20

La détermination du préjudice p. 20

L'estimation des dommages et indemnisation p. 20

Dans quel délai ? p. 21

Cas particuliers des assurés de plus de 65 ans p. 21

VOTRE CONTRAT **p. 22**

Formation et durée de votre contrat p. 22

Conseils pour avoir un contrat toujours adapté à son foyer p. 22

Votre cotisation p. 22

Cessation de votre contrat p. 23

INFORMATIONS GÉNÉRALES **p. 24**

Droit applicable (Article L183-1 Alinéa du Code des assurances) p. 24

Délai de renonciation au contrat conclu exclusivement à distance p. 24

Délai de renonciation au contrat souscrit dans le cadre d'un démarchage au domicile du souscripteur ou sur son lieu de travail p. 24

Gestion des réclamations p. 24

Prescription p. 25

LEXIQUE **p. 26**

Les informations vous concernant ou concernant les personnes assurées de votre fait sont utilisées conformément à la loi Informatique et Libertés du 06 janvier 1978. Vous-même et les personnes assurées de votre fait disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition sur les informations vous concernant. Ces informations sont destinées à MAAF Assurances SA, responsable du traitement, à des fins de gestion et de suivi de vos contrats, d'analyse et d'exploitation commerciale. Elles pourront être transmises aux entités du groupe mutuel MAAF et aux partenaires contractuellement liés. Vous disposez, ainsi que les personnes assurées de votre fait, du droit de vous opposer à ce que ces données fassent l'objet d'un traitement à des fins de prospection ou soient transmises à des tiers. Si vous-même ou les personnes assurées de votre fait souhaitez exercer vos droits ou obtenir des informations complémentaires, il vous suffit de nous écrire à MAAF Assurances SA - Coordination informatique et libertés - Chauray - 79030 NIORT cedex 09 ou nous adresser un e-mail à coordinateur.cnil@maaf.fr

TRANQUILLITÉ FAMILLE

Vous venez de souscrire un contrat de prévoyance familiale qui garantit le versement d'indemnités à la suite d'un dommage corporel ou d'un décès résultant d'un accident.

Votre contrat se compose de ce document, ce sont les **conditions générales**, qui décrivent les garanties proposées et le fonctionnement du contrat, et des **conditions particulières** qui vous ont été remises après enregistrement de votre contrat ou de sa modification.

Les conditions particulières précisent notamment :

- la date d'effet du contrat ou de sa modification.
- les garanties que vous avez souscrites et le niveau choisi.
- le montant annuel de la cotisation.
- la valeur de l'indice* connue à la date de la souscription ou de la modification de votre contrat.

***INDICE :** il s'agit de l'indice des prix à la consommation de l'ensemble des ménages (hors tabac), publié par l'INSEE (ou par l'organisme qui lui serait substitué). Base 100 en 1998.
Son montant est indiqué à la souscription du contrat sur vos conditions particulières, et chaque année sur votre avis d'échéance.

Qui est assuré ?

Toute personne physique âgée de moins de 66 ans à la date de souscription, domiciliée fiscalement en France métropolitaine et désignée aux Conditions Particulières (l'âge est calculé par différence de millésime, c'est-à-dire par différence entre l'année d'effet du contrat et l'année de naissance de l'assuré).

Il peut s'agir de :

- vous
- votre conjoint, concubin ou partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité désigné aux conditions particulières, «appelé adulte»
- **vos enfants*, et les enfants*** de votre conjoint, concubin ou partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité, **fiscalement à charge,** «appelé enfants» pour la garantie 1 Protection contre les accidents de la vie privée uniquement.

*** Particularité :**

Pour la garantie 1 "Protection contre les accidents de la vie privée" vos enfants tels que définis ci-dessus peuvent ou non, en fonction de votre choix, avoir la qualité d'assuré.

Si vous souhaitez assurer vos enfants au titre de la garantie 1, la mention indiquée aux conditions particulières sera la suivante : « Enfant(s) bénéficiaire(s) et assuré(s) ».

Si vous ne souhaitez pas assurer vos enfants au titre de la garantie 1, la mention indiquée aux conditions particulières sera la suivante : « enfant(s) uniquement bénéficiaire(s).

Les enfants ne peuvent pas être assurés au titre de la garantie 2 protection complémentaire du conducteur et de la garantie 3 protection contre les accidents médicaux.

Pour quelles garanties ?

Ce contrat se compose de trois garanties vous permettant de décider dans quelles circonstances vous souhaitez être protégé :

- lors d'activités pratiquées dans le cadre de la vie privée : c'est la **garantie 1 "Protection contre les accidents de la vie privée".**
- lorsque vous conduisez occasionnellement un véhicule qui ne vous appartient pas : c'est la **garantie 2 "Protection complémentaire du conducteur".**
- lorsque vous êtes victime d'un accident médical : c'est **la garantie 3 «Protection contre les accidents médicaux».**

TABLEAU DES GARANTIES

VOS GARANTIES	MONTANT DES GARANTIES niveau 1*	niveau 2*	niveau 3*
Blessures d'un assuré			
- Remboursement des frais de soins suite à une incapacité temporaire totale supérieure à 10 jours	45	60	60
- Capital suite à incapacité temporaire totale			
supérieure à 10 jours	1,5	2,25	3
supérieure à 30 jours	3	4,5	6
supérieure à 60 jours	6	9	12
supérieure à 90 jours	12	18	24
- Capital suite à une invalidité** permanente pour un taux de :			
6 à 10 % (Uniquement si franchise 5%*** souscrite)	250	500	750
11 à 20 %	500	1 000	1 500
21 à 30 %	800	1 600	2 400
31 à 50 %	1 100	2 200	3 300
51 à 70 %	1 400	2 800	4 200
71 à 90 %	1 800	3 600	5 400
91 à 100 %	3 000	6 000	9 000
- Remboursement des frais d'aménagement du cadre de vie suite à une invalidité ≥ 50% (aménagement du logement, de la voiture...)	jusqu'à 25 % du capital invalidité permanente versé		
- Prise en charge d'assistance tierce personne	majoration de 25 % du capital invalidité permanente versé		
Décès d'un assuré**			
- Remboursement des frais d'obsèques	30	40	50
Décès d'un adulte assuré**			
- Capital décès versé au conjoint ou assimilé (le contrat doit faire mention de deux adultes assurés (voir conditions particulières))	360	720	1 080
- Capital décès versé à chaque enfant par mois jusqu'à 21 ans (le contrat doit faire mention des enfants (soit 1 adulte avec enfant(s), soit 2 adultes avec enfant(s) (voir conditions particulières))	2,25	4,50	6,75
- Capital décès versé à chaque enfant fiscalement à charge (le contrat doit faire mention des enfants (soit 1 adulte avec enfant(s), soit 2 adultes avec enfant(s) (voir conditions particulières))	75	150	225
Garantie spécifique attentat			
- Recours 236	quel que soit le niveau souscrit		
- Dommages aux effets personnels 14			
Un service d'Assistance à Domicile adapté quel que soit le niveau de garantie choisi			

ATTENTION : À partir de 66 ans, les montants garantis sont minorés de 5 % par an et dans la limite de garantie soit jusqu'au 31 décembre de l'année où l'assuré aura atteint ses 70 ans.

* Le montant des garanties est obtenu en multipliant les coefficients par la valeur de l'indice applicable au jour de l'accident et par votre taux d'invalidité pour la garantie invalidité permanente. L'indice en vigueur correspond à l'indice indiqué sur l'avis d'échéance de l'année de survenance de l'accident (ou les Conditions Particulières lors de la première année de souscription).

** Dans le cadre de la garantie 3 (accidents médicaux), les prestations sont versées en cas d'accident garanti entraînant un taux d'invalidité < ou= à 25% lorsque la responsabilité d'un tiers n'est pas engagée. Si la responsabilité d'un tiers est engagée (quelque soit le taux d'invalidité), pour les invalidités > à 25% et dans le cadre d'un décès, voir le fonctionnement de la garantie 3 page 11.

*** Voir conditions particulières

Comprendre le tableau des garanties Tranquillité Famille :

EXEMPLE pour un accident survenant en 2014, pour une valeur de l'indice de de 125,78 (juin 2013)
Vous avez souscrit un contrat Tranquillité Famille avec une structure foyer 2 adultes en niveau 1 :

- Si M. décède, un capital décès de **45 280,80 €** sera versé à Mme :
  360 (coefficient) x l'indice au jour du décès = 360 x 125,78 = 45 280,80 €
- Si Mme est victime d'un accident garanti et si suite à cet accident, elle reste invalide à 55 %, elle recevra un capital de **96 850,60 € :** 55 % x 1 400 (coefficient) x l'indice au jour de l'accident = 55 % x 1 400 x 125,78 = 96 850,60 €

Garantie 1 - PROTECTION CONTRE LES ACCIDENTS DE LA VIE PRIVÉE

Dans quelles circonstances ?

- La garantie s'applique en cas de blessures ou de décès résultant d'un accident* de la vie privée (chute, brûlure, accident de piéton ou cycliste, agression....).

* Définition de l'accident : toute atteinte corporelle résultant d'un choc direct, violent, soudain et imprévu provoqué par un agent extérieur à l'assuré.

Fonctionnement de la garantie

- Si l'assuré est entièrement responsable de l'accident, nous lui versons (ou au(x) bénéficiaire(s)) les montants garantis au contrat en fonction du niveau choisi (indiqué aux Conditions Particulières).
- Si l'assuré n'a aucune responsabilité dans l'accident, **nous lui versons à titre d'avance sur recours**, des provisions dans la limite des montants garantis au contrat.
- Si l'assuré est partiellement responsable de l'accident, nous lui versons :
  - Les montants garantis au contrat dans la proportion de sa responsabilité.
  - Des avances sur recours dont le montant cumulé à celui de l'indemnité ci-dessus ne peut excéder les montants garantis.

Blessures d'un assuré

Ce que nous garantissons

FRAIS DE SOINS :

Lorsque l'accident garanti a entraîné une incapacité temporaire totale supérieure à 10 jours, nous garantissons le remboursement des frais médicaux, pharmaceutiques, chirurgicaux, d'hospitalisation, de transport de l'assuré blessé nécessités par les blessures et restés à sa charge après intervention de la sécurité sociale et / ou tout autre régime de prévoyance.

Ne sont pas garantis les frais de remplacement de lunettes ou de prothèses endommagées dans l'accident.

Veuillez consulter le tableau p. 5 pour connaître les limites de l'indemnisation.

INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE :

Définition : c'est l'impossibilité pour l'assuré de se livrer temporairement à son activité professionnelle, ou s'il n'exerce aucune activité professionnelle c'est l'impossibilité de se livrer à aucune de ses activités habituelles du fait de la nécessité d'observer un repos absolu (hospitalisation ou indication médicale à un alitement absolu).

Nous garantissons le versement d'un capital à l'assuré blessé en fonction de la durée de l'incapacité temporaire totale.

Aucune indemnité n'est due en cas d'incapacité inférieure ou égale à 10 jours.

Veuillez consulter le tableau p. 5 pour connaître les capitaux versés.

INVALIDITÉ PERMANENTE PARTIELLE :

Définition : Il s'agit de la réduction définitive des capacités physiques, intellectuelles ou mentales de l'assuré.

Nous garantissons le versement d'une indemnité calculée en fonction du taux d'invalidité.

Pour toute invalidité inférieure ou égale à la franchise mentionnée sur vos conditions particulières aucune indemnité n'est versée.

Consultez le paragraphe calcul du taux d'invalidité p. 16 pour connaître les modalités d'indemnisation.

ASSISTANCE D'UNE TIERCE PERSONNE :

Nous majorons de 25 % le capital versé au titre de l'invalidité permanente partielle, lorsque celle-ci justifie l'assistance d'une tierce personne de façon définitive et médicalement reconnue.

AMÉNAGEMENT DU CADRE DE VIE :

En cas d'incapacité permanente supérieure ou égale à 50 %, nous intervenons dans l'aménagement de votre cadre de vie rendu nécessaire par l'invalidité consécutive à l'accident garanti, à réception de vos factures et après accord de nos services techniques.

Le plafond de remboursement de ces aménagements est fixé à 25 % du capital invalidité permanente versé.

Garantie 1 - PROTECTION CONTRE LES ACCIDENTS DE LA VIE PRIVÉE

Décès d'un assuré

Nous garantissons

Le décès de l'assuré survenant dans un délai d'un an à la suite de l'accident garanti, et résultant directement des blessures, lésions ou dommages corporels occasionnés par cet accident.

Les capitaux décès ne sont versés que suite au décès d'un adulte assuré. En cas de décès d'un enfant assuré, seuls les frais obsèques seront pris en charge.

FRAIS D'OBSÈQUES

Nous remboursons à la personne qui justifie en avoir fait la dépense, les frais d'obsèques dans les 15 jours à compter de la remise du certificat de décès confirmant la cause accidentelle du décès.

Consultez le tableau des garanties p. 5 pour connaître les limites de l'indemnisation.

CAPITAL DÉCÈS (versé au conjoint ou assimilé)

Ce capital est versé à condition que la situation familiale enregistrée aux conditions particulières fasse mention de deux adultes assurés (repérée par la mention 1er adulte assuré, 2ème adulte assuré).

Lorsque cette condition est satisfaite nous garantissons :

- en cas de décès du 1er adulte assuré le versement du capital au 2ème adulte assuré, à défaut aux héritiers de ce dernier.
- en cas de décès du 2ème adulte assuré le capital est versé au 1er adulte assuré, à défaut aux héritiers de ce dernier.

Cependant en cas de stipulation spécifique d'un bénéficiaire désigné aux conditions particulières, ce bénéficiaire viendra se substituer selon le cas au 1er ou 2ème adulte assuré pour percevoir le capital décès.

En cas de décès simultanés des deux adultes assurés au titre du présent contrat, les capitaux assurés sont versés à leurs héritiers respectifs.

Consultez le tableau des garanties p. 5 pour connaître le capital garanti.

CAPITAL ENFANT

Ce capital est versé à condition que la situation familiale enregistrée aux conditions particulières fasse mention des enfants (soit 1 adulte avec enfant(s), soit 2 adultes avec enfant(s))

Nous garantissons à chaque enfant de l'assuré décédé :

- fiscalement à charge, le versement d'un capital forfaitaire.
- âgé de moins de 21 ans (fiscalement à charge ou non), le versement d'un capital calculé en fonction du nombre de mois séparant le décès de l'assuré du 21ème anniversaire de l'enfant.

Le capital enfant est versé en une seule fois.

Veuillez consulter le tableau p. 5 pour connaître les montants garantis.

Cas particulier : lorsque l'assuré décède des suites de ses blessures après avoir reçu une indemnité au titre de l'invalidité permanente, les bénéficiaires reçoivent les capitaux ci-dessus diminués de cette indemnité.

Garantie spécifique attentat

Ce que nous garantissons en plus lorsque l'assuré est victime d'un attentat

DOMMAGES MATÉRIELS

Nous garantissons, le remboursement des dommages causés aux vêtements et objets personnels de l'assuré portés au moment de l'attentat et restant à sa charge après intervention de son contrat multirisque habitation.

RECOURS

Nous conseillons et assistons l'assuré dans son recours contre le fonds de garantie, s'il ne dispose pas à la date de l'événement d'un contrat d'assurance (multirisque habitation ou responsabilité civile, défense recours, protection juridique) susceptible de prendre en charge ce recours.

Consultez le tableau des garanties p. 5 pour connaître les montants garantis.

Garantie 1 - PROTECTION CONTRE LES ACCIDENTS DE LA VIE PRIVÉE

Exclusions

Ce qui est exclu de la garantie Protection contre les accidents de la vie privée

- **Les frais de soins engagés après la consolidation(*)**
- **Toutes les maladies, quelle qu'en soit la cause, y compris celles résultant d'un traitement médical, d'une intervention chirurgicale, de soins, même consécutifs à un accident.**
- **les pathologies vertébrales, cervicales, dorsales et lombaires sans rapport avec une lésion fracturaire authentifiée à la radiologie.**
- **Toute affection vasculaire et/ou circulatoire (par exemple : accident cérébral, accident cardiaque, accident vasculaire cérébral ...), et toute atteinte musculaire, tendineuse ou ligamentaire.**
- **Le suicide ou la tentative de suicide conscient ou inconscient de l'assuré.**
- **Les accidents résultant :**
  - **de la pratique d'un des sports suivants : sports aériens, sports aérotractés (ex : kite-surf, kite board), rafting, canyoning, plongée sous-marine, boxe, catch, full-contact, kick-boxing, taekwondo, karaté et tous les autres sports de combats ; l'alpinisme, l'escalade, la spéléologie ou la via ferrata sans le concours d'un moniteur ou d'un guide, saut à l'élastique et sports comportant l'utilisation d'un véhicule à moteur.**
  - **de la pratique d'un sport à titre professionnel ou amateur rémunéré (entraînements compris).**
  - **d'un fait volontaire de l'assuré.**
- **Les accidents pris en charge au titre de la législation des accidents du travail (à l'exception des accidents, des enfants assurés, dans le cadre de stage en entreprise qui seront pris en charge par le contrat), y compris les accidents de trajet.**
- **Les accidents survenant lors de l'activité professionnelle d'un travailleur non salarié.**
- **Les accidents survenant lorsque l'assuré :**
  - **conduit un véhicule terrestre à moteur (cette exclusion ne s'applique pas aux microtracteurs, tracteurs tondeuses ou tondeuses autoportées lorsqu'ils sont utilisés en un lieu privé non ouvert à la circulation publique et lorsque leur vitesse n'excède pas 9 km/h d'après les données du constructeur).**
  - **pilote un avion ou un ULM.**
  - **se trouve sous l'emprise de l'alcool ou avec un taux d'alcoolémie pouvant être sanctionné pénalement, sauf si l'assuré prouve que l'accident est sans relation avec cet état.**
  - **a usé de produits dopants ou hallucinogènes ou de médicaments, sauf si l'assuré prouve que l'accident est sans relation avec cet état.**
  - **participe à des émeutes, manifestations populaires, actes de terrorisme ou de sabotage, agressions, ou à des paris, défis, duels, rixes sauf cas de légitime défense.**
- **Le comportement illicite et pénalement répréhensible de l'assuré à l'origine de l'accident et provoquant une incapacité, une invalidité, ou son décès.**
- **Les conséquences de tout acte provoqué volontairement par le bénéficiaire sur un des assurés.**
- **Les accidents survenant lors d'une guerre civile ou étrangère.**
- **Les dommages dus aux effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de transmutations du noyau d'atome ou de la radioactivité, ainsi que ceux dus aux effets de radiations provoqués par l'accélération artificielle de particules.**
- **Les accidents médicaux.**

(*) consolidation :

c'est le moment où l'état de la victime se stabilise pour prendre un caractère permanent non susceptible de modification.

Garantie 2 - PROTECTION COMPLÉMENTAIRE DU CONDUCTEUR

Dans quelles circonstances ?

La garantie s'applique en cas de blessures ou de décès résultant d'un accident de la circulation survenant lorsque l'assuré conduit occasionnellement un véhicule terrestre à moteur qui n'appartient pas à une personne ayant la qualité d'assuré (véhicule loué, prêté ou confié).

Par extension nous garantissons aussi l'assuré conduisant son propre véhicule lorsque les deux conditions suivantes sont réunies :

- ce véhicule est encore assuré auprès d'un assureur autre que MAAF Assurances
- ce véhicule fait l'objet d'un contrat auprès de MAAF Assurances prenant effet à l'expiration du contrat en cours chez l'autre assureur.

Exclusions

Ne sont pas garantis :

- **les accidents de travail ou de trajets pris en charge au titre de la sécurité sociale.**
- **les accidents survenant lorsque l'assuré conduit un véhicule en location de longue durée, location avec option d'achat, un véhicule de fonction ou de service.**

Fonctionnement de la garantie

- Si le conducteur assuré est entièrement responsable de l'accident, nous lui versons (ou aux bénéficiaires) les montants garantis au contrat en fonction du niveau choisi (indiqué aux conditions particulières).
- Si le conducteur assuré n'a aucune responsabilité dans l'accident, nous lui versons **à titre d'avance sur recours**, des provisions dans la limite des montants garantis au contrat.
- Si le conducteur assuré est partiellement responsable de l'accident, nous lui versons :
  - Les montants garantis au contrat dans la proportion de sa responsabilité.
  - Des avances sur recours dont le montant cumulé à celui de l'indemnité ci-dessus ne peut excéder les montants garantis.

Blessures d'un conducteur assuré

Ce que nous garantissons :

FRAIS DE SOINS

Lorsque l'accident garanti a entraîné une incapacité temporaire totale supérieure à 10 jours, nous garantissons le remboursement des frais médicaux, pharmaceutiques, chirurgicaux, d'hospitalisation, de transport de l'assuré blessé nécessités par les blessures et restés à sa charge après intervention de la sécurité sociale et / ou tout autre régime de prévoyance.

Ne sont pas garantis les frais de remplacement de lunettes ou de prothèses endommagées dans l'accident.

Veuillez consulter le tableau p. 5 pour connaître les limites de l'indemnisation.

INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE

Définition : c'est l'impossibilité pour l'assuré de se livrer temporairement à son activité professionnelle, ou s'il n'exerce aucune activité professionnelle c'est l'impossibilité de se livrer à aucune de ses activités habituelles du fait de la nécessité d'observer un repos absolu (hospitalisation ou indication médicale à un alitement absolu).

Nous garantissons le versement d'un capital à l'assuré blessé en fonction de la durée de l'incapacité temporaire totale.

Aucune indemnité n'est due en cas d'incapacité inférieure ou égale à 10 jours.

Veuillez consultez le tableau p. 5 pour connaître les capitaux versés.

INVALIDITÉ PERMANENTE PARTIELLE

Définition : il s'agit de la réduction définitive des capacités physiques, intellectuelles ou mentales de l'assuré.

Nous garantissons le versement d'un capital à la suite d'un accident réduisant de façon définitive les capacités physiques intellectuelles ou mentales du conducteur assuré.

Pour toute invalidité inférieure ou égale à la franchise mentionnée sur vos conditions particulières aucune indemnité n'est versée.

Consultez le paragraphe calcul du taux d'invalidité p. 16 pour connaître les modalités d'indemnisation.

ASSISTANCE D'UNE TIERCE PERSONNE

Nous majorons de 25 % le capital versé au titre de l'invalidité permanente partielle, lorsque celle-ci justifie l'assistance d'une tierce personne de façon définitive et médicalement reconnue.

AMÉNAGEMENT DU CADRE DE VIE

En cas d'incapacité permanente supérieure ou égale à 50 %, nous intervenons dans l'aménagement de votre cadre de vie rendu nécessaire par l'invalidité consécutive à l'accident garanti, à réception de vos factures et après accord de nos services techniques.

Le plafond de remboursement de ces aménagements est fixé à 25 % du capital invalidité permanente versé.

Garantie 2 - PROTECTION COMPLÉMENTAIRE DU CONDUCTEUR

Décès d'un conducteur assuré

Nous garantissons

Le décès de l'assuré survenant dans un délai d'un an à la suite de l'accident garanti, et résultant directement des blessures, lésions ou dommages corporels directement occassionnés par cet accident.

FRAIS D'OBSÈQUES :

Nous remboursons à la personne qui justifie en avoir fait la dépense, les frais d'obsèques, dans les 15 jours à compter de la remise du certificat de décès confirmant la cause accidentelle du décès.

Consultez le tableau des garanties p. 5 pour connaître les limites de l'indemnisation.

CAPITAL DÉCÈS (versé au conjoint ou assimilé) :

Ce capital est versé à condition que la situation familiale enregistrée sur les conditions particulières fasse mention de deux adultes assurés (repérée par la mention 1er adulte assuré, 2ème adulte assuré).

Lorsque cette condition est satisfaite nous garantissons :

- en cas de décès du 1er adulte assuré le versement du capital au 2ème adulte assuré, à défaut aux héritiers de ce dernier.
- en cas de décès du 2ème adulte assuré le capital est versé au 1er adulte assuré, à défaut aux héritiers de ce dernier.

Cependant en cas de stipulation spécifique d'un bénéficiaire désigné sur les conditions particulières, ce bénéficiaire viendra se substituer au 1er ou 2ème assuré pour percevoir le capital décès.

En cas de décès simultanés des deux adultes assurés au titre du présent contrat, les capitaux assurés sont versés à leurs héritiers respectifs.

CAPITAL ENFANT :

Ce capital est versé à condition que la situation familiale enregistrée aux conditions particulières fasse mention des enfants (soit 1 adulte avec enfant(s), soit 2 adultes avec enfant(s)).

Nous garantissons à chaque enfant de l'assuré décédé :

- fiscalement à charge, le versement d'un capital forfaitaire.
- âgé de moins de 21 ans (fiscalement à charge ou non), le versement d'un capital calculé en fonction du nombre de mois séparant le décès de l'assuré du 21ème anniversaire de l'enfant.

Le capital enfant est versé en une seule fois.

Veuillez consulter le tableau p. 5 pour connaître les montants garantis.

Cas particulier : lorsque l'assuré décède des suites de ses blessures après avoir reçu une indemnité au titre de l'invalidité permanente, les bénéficiaires reçoivent les capitaux ci-dessus diminués de cette indemnité.

Exclusions

Ce qui est exclu de la garantie Protection complémentaire du conducteur

- **Les frais de soins engagés après la consolidation(*)**
- **Le suicide ou la tentative de suicide conscient ou inconscient de l'assuré.**
- **Les accidents résultant :**
  - **de la conduite d'un véhicule terrestre à moteur en l'absence du permis de conduire en état de validité conforme à la législation en vigueur et au type de véhicule utilisé, ou des conditions d'âge et de capacités en vigueur.**
  - **de la conduite d'un véhicule terrestre à moteur contre le gré du propriétaire.**
  - **d'un fait volontaire de l'assuré.**
- **Les accidents survenant lorsque l'assuré :**
  - **se trouve sous l'emprise de l'alcool ou avec un taux d'alcoolémie pouvant être sanctionné pénalement, sauf si l'assuré prouve que l'accident est sans relation avec cet état.**
  - **a usé de produits dopants ou hallucinogènes ou de médicaments, sauf si l'assuré prouve que l'accident est sans relation avec cet état.**
  - **participe à des émeutes, manifestations populaires, actes de terrorisme ou de sabotage, agressions (sauf cas de légitime défense)**
  - **participe à des paris, défis, duels, rixes sauf cas de légitime défense**
  - **participe en qualité de concurrent à des compétitions, épreuves ou essais sportifs.**
- **Le comportement illicite et pénalement répréhensible de l'assuré à l'origine de l'accident et provoquant une incapacité, une invalidité ou son décès.**
- **Les conséquences de tout acte provoqué volontairement par le bénéficiaire sur un des assurés.**
- **Les accidents survenant lors d'une guerre civile ou étrangère.**
- **Les dommages dus aux effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de transmutations du noyau et d'atome ou de la radioactivité, ainsi que ceux dus aux effets de radiations provoqués par l'accélération artificielle de particules.**
- **Toute affection vasculaire et/ou circulatoire (par exemple : accident cérébral, accident cardiaque, accident vasculaire cérébral, ...) et toute atteinte musculaire, tendineuse ou ligamentaire.**

(*) Consolidation :

C'est le moment ou l'état de la victime se stabilise pour prendre un caractère permanent non susceptible de modification.

Garantie 3 - PROTECTION CONTRE LES ACCIDENTS MÉDICAUX

Dans quelles circonstances ?

La garantie s'applique en cas d'accidents médicaux, d'affections iatrogènes ou d'infections nosocomiales (*).

(*) définitions :

- L'accident médical assuré est un événement imprévu qui a eu des conséquences dommageables pour la santé ou l'intégrité physique de l'assuré et qui a modifié l'évolution normale de la pathologie concernée. Ces conséquences doivent être anormales et indépendantes de l'évolution de l'affection en cause pour laquelle l'acte a été pratiqué, du traitement suivi ou de l'état antérieur de l'assuré.
- les affections iatrogènes : ce sont les conséquences non prévisibles d'un traitement médical.
- les infections nosocomiales : ce sont les infections contractées lors d'une hospitalisation.

Sont seuls garantis les accidents directement imputables à des actes chirurgicaux, de prévention, de diagnostic, d'exploration, de traitements pratiqués par des médecins et auxiliaires médicaux visés au titre IV du Code de la Santé publique ou par des praticiens autorisés à exercer par la législation ou la réglementation du pays dans lequel a lieu l'acte, lorsque ces actes sont ceux référencés dans la nomenclature générale des actes professionnels.

Exclusions

Ce qui est exclu :

- **Les dommages causés par des maladies n'ayant pas pour origine un accident garanti(*)**
- **Les dommages résultant d'expériences biomédicales**

Fonctionnement de la garantie

- **Si l'accident garanti (accident médical, affections iatrogènes et infections nosocomiales) entraîne un taux d'invalidité permanente supérieure à 25% ou le décès de l'assuré :**

Nous assistons l'assuré (ou son conjoint ou ses ayants droit) et effectuons le recours contre l'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux.

La commission régionale de conciliation et d'indemnisation saisie se prononcera ou non sur la responsabilité d'un tiers et estimera le montant de la réparation pécuniaire à verser à l'assuré soit par le tiers responsable, soit par le Fonds de garantie.

- **Si l'accident garanti entraîne une invalidité inférieure ou égale à 25% :**

Soit la responsabilité d'un tiers n'est pas engagée : nous versons à l'assuré les montants garantis au contrat en fonction du niveau choisi (indiqué aux conditions particulières)

Soit la responsabilité d'un tiers est engagée : nous assistons l'assuré et nous exerçons le recours contre le praticien, l'établissement responsable ou l'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux.

ATTENTION L'INDEMNISATION VERSÉE PAR MAAF ASSURANCES NE PEUT SE CUMULER AVEC LES PRESTATIONS VERSÉES PAR L'OFFICE NATIONAL D'INDEMNISATION DES ACCIDENTS MÉDICAUX OU PAR LE TIERS RESPONSABLE.

Prestations

Ce que nous garantissons

Lorsque l'assuré est victime d'un accident garanti entraînant une invalidité inférieure ou égale à 25 % :

FRAIS DE SOINS

Lorsque l'accident garanti a entraîné une incapacité temporaire totale supérieure à 10 jours, nous garantissons le remboursement des frais médicaux, pharmaceutiques, chirurgicaux, d'hospitalisation, de transport de l'assuré blessé, nécessités par les blessures et restés à sa charge après intervention de la sécurité sociale et / ou tout autre régime de prévoyance.

Ne sont pas garantis les frais de remplacement de lunettes ou de prothèses endommagées dans l'accident.

Veuillez consulter le tableau p. 5 pour connaître les limites de l'indemnisation.

INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE

Définition : c'est l'impossibilité pour l'assuré de se livrer temporairement à son activité professionnelle, ou s'il n'exerce aucune activité professionnelle c'est l'impossibilité de se livrer à aucune de ses activités habituelles du fait de la nécessité d'observer un repos absolu (hospitalisation ou indication médicale à un alitement absolu).

Nous garantissons le versement d'un capital à l'assuré blessé en fonction de la durée de l'incapacité temporaire totale.

Aucune indemnité n'est due en cas d'incapacité inférieure ou égale à 10 jours.

Veuillez consultez le tableau p. 5 pour connaître les capitaux versés.

INVALIDITÉ PERMANENTE PARTIELLE

Définition : il s'agit de la réduction définitive des capacités physiques, intellectuelles ou mentales de l'assuré.

Nous garantissons le versement d'une indemnité calculée en fonction du taux d'invalidité.

Pour toute invalidité inférieure ou égale à la franchise mentionnée sur vos conditions particulières aucune indemnité n'est versée.

Consultez le paragraphe calcul du taux d'invalidité p. 16 pour connaître les modalités d'indemnisation.

ASSISTANCE D'UNE TIERCE PERSONNE

Nous majorons de 25 % le capital versé au titre de l'invalidité permanente partielle, lorsque celle-ci justifie l'assistance d'une tierce personne de façon définitive et médicalement reconnue.

Garantie 3 - PROTECTION CONTRE LES ACCIDENTS MÉDICAUX

Ce que nous garantissons :

Lorsque l'assuré est victime d'un accident garanti entraînant une invalidité permanente partielle supérieure à 25% ou lorsque la responsabilité d'un tiers est engagée :

RECOURS :

Nous nous engageons à réclamer, à nos frais, à l'amiable et devant toutes juridictions, la réparation pécuniaire des dommages corporels (*) causés à l'assuré au titre d'un accident médical garanti.

CONSEIL ET INFORMATION :

Notre service juridique étudie votre dossier, recueille les informations nécessaires et vous informe de vos droits et des moyens de les faire valoir.

LA CONCILIATION :

Nous intervenons pour tenter de trouver une solution amiable sous réserve que la réclamation porte sur les dommages supérieurs à 2 fois la valeur en euros de l'indice (valeur au jour de l'accident).

LA PROCÉDURE :

Lorsqu'une solution amiable ne peut être trouvée et lorsque l'enjeu financier dépasse 6 fois la valeur en euros de l'indice (**) nous envisageons ensemble l'hypothèse d'un procès.

Si la défense de vos intérêts justifie une action en justice, nous confions votre dossier à l'un de nos avocats. Vous bénéficiez gratuitement de ses services mais aussi de ceux de nos experts, techniciens et consultants, s'il s'avère utile de faire appel à eux.

Nous sommes déchargés de toute obligation si vous avez pris l'initiative d'une procédure ou d'une voie de recours sans nous en avoir informé et avoir obtenu notre accord. Dans ce cas, vous conservez à votre charge, tous les frais de procès quel qu'en soit le résultat.

ARBITRAGE D'UN ÉVENTUEL DÉSACCORD :

Si nous ne pouvons nous mettre d'accord sur les mesures à prendre pour régler un différend, cette difficulté peut être soumise à l'appréciation d'une tierce personne désignée d'un commun accord, par vous et par nous, ou, à défaut, par le Président du Tribunal de Grande Instance statuant en référé. Les frais exposés pour la mise en œuvre de cette faculté sont à notre charge. Toutefois, le Président du Tribunal de Grande Instance peut en décider autrement lorsque l'assuré a mis en œuvre cette faculté dans des conditions abusives.

Si contrairement à notre avis ou à celui de l'arbitre, vous exercez une action en justice et obtenez une solution plus favorable que celle qui vous a été proposée, nous vous indemnisons des frais exposés pour l'exercice de cette action.

(*) Dommages corporels

Il s'agit de toute atteinte à l'intégrité physique.

(**) Indice

Il s'agit de l'indice des prix à la consommation de l'ensemble des ménages (hors tabac) publié par l'INSEE (ou par l'organisme qui lui serait substitué, base 100 en 1998).

SOMMES ALLOUÉES POUR FRAIS DE PROCÈS :

Le juge peut condamner le perdant à payer au gagnant une somme pour le dédommager des frais et honoraires d'avocat qu'il a dû engager (article 700 du Nouveau Code de Procédure Civile et article 475.1 du Code de Procédure Pénale) :

- Si vous êtes condamné à verser cette somme à votre adversaire dans un procès que nous vous avons conseillé d'engager contre lui, nous vous la remboursons ; dans les autres cas elle reste à votre charge.
- Si vous gagnez le procès et obtenez une indemnité à ce titre, vous vous engagez à nous la reverser dans la limite des frais de procédure que nous avons engagés à votre place.

LE CHOIX D'UN DÉFENSEUR :

Vous avez toute liberté de désigner un avocat ou toute autre personne qualifiée par la législation ou la réglementation en vigueur. Nous réglerons, dans ce cas, ses honoraires dans les limites prévues par le barème ci-après. Cette possibilité vous est aussi accordée lorsque survient un conflit d'intérêt entre nous, c'est-à-dire lorsque nous sommes en même temps l'assureur du responsable, ou dès que survient avec un tiers un différend ou un litige vous permettant de demander la mise en jeu de la garantie.

Plafond de remboursement des honoraires de votre défenseur

Pour obtenir les montants en euros, multipliez le coefficient ci-dessus par la valeur de l'indice (**).

Nature de la prestation	coefficient
Présentation d'une requête Transaction menée de bout en bout	2
Assistance à une instruction ou une expertise Référé en demande ou en défense Ordonnance du juge de la mise en état Tribunal d'Instance	2.6
Tribunal de Grande Instance Tribunal de Police Tribunal correctionnel	4.20
Cour d'Appel (Administrative et Judiciaire) Tribunal Administratif	5.20
Cour de Cassation et Conseil d'Etat	10.40

VOS PRESTATIONS D'ASSISTANCE

Garantie Assistance à domicile

Avec MAAF Assistance vous n'êtes plus seuls.

Aujourd'hui, les familles ne sont plus aussi entourées et solidaires qu'autrefois.

L'organisation du foyer elle-même peut devenir fragile quand les deux conjoints travaillent.

Dans ce contexte, l'accident laisse souvent désemparé, surtout si personne n'est là pour assurer le relais auprès des enfants, des parents ou du conjoint.

En cas d'hospitalisation, par exemple, qui va s'occuper des enfants, les emmener à l'école ou préparer leur repas ? Et pour les personnes seules, qui préviendra les proches ?

Pour répondre à ces questions, MAAF Assurances a créé un véritable service d'Assistance à Domicile.

APPELEZ LE 0 800 16 17 18 (N° Vert)

MAAF ASSISTANCE est à votre écoute 24 H sur 24.

ATTENTION en cas d'urgence, appelez en priorité les services publics : le SAMU-Centre au 15 ou les pompiers au 18 (le 112 depuis un portable).

L'Assistance à Domicile n'a pas pour objectif d'intervenir à tout propos, de se substituer aux services d'urgence ou bien de remplacer la solidarité naturelle des proches, mais bien de «donner le coup de main quand vous en avez besoin».

En cas d'hospitalisation suite à un accident garanti

DÈS LE 1er JOUR, MAAF ASSISTANCE PREND EN CHARGE VOS PARENTS ET VOS ENFANTS.

Vos parents ne peuvent se prendre en charge ?

Lorsque vos parents vivent chez vous et que leur état de santé ne leur permet pas d'accomplir seuls les tâches de la vie quotidienne, nous organisons et prenons en charge :

- leur déplacement aller /retour chez un proche
- ou la venue d'un proche résidant en France Métropolitaine
- ou leur garde à domicile (jusqu'à 30 h réparties sur 1 mois)

Vous ne savez pas à qui confier vos enfants ?

Si vos enfants ont moins de 16 ans, nous assurons le relais et prenons en charge :

- pour les garder chez vous, le déplacement aller/retour de l'un de vos proches
- ou pour les emmener chez l'un de vos proches, le voyage aller/retour en compagnie d'une personne de votre choix. Si celle-ci n'est pas disponible, nous pouvons aussi les faire accompagner d'une personne habilitée par nos soins.
- ou pour les conduire et aller les chercher à l'école : nous les faisons accompagner 2 fois par jour (pendant 5 jours).

  Si aucune de ces solutions ne convient, nous organisons et prenons en charge la garde à domicile ou chez une assistante maternelle (jusqu'à 30 heures réparties sur 1 mois).

SI VOTRE HOSPITALISATION DOIT SE PROLONGER AU-DELÀ DE DEUX JOURS

Vous bénéficiez également, dès le 1er jour, des services suivants :

Vous avez besoin d'une aide ménagère ?

Ce n'est pas parce que vous êtes momentanément indisponible que la vie doit s'arrêter autour de vous. Pour assurer le quotidien, nous mettons à votre disposition une aide ménagère au moins 2 heures par jour pour le repassage, le ménage, la préparation des repas... (jusqu'à 30 heures réparties sur 1 mois).

Vous souhaitez louer un téléviseur ?

Nous prenons en charge les frais de location d'un téléviseur en milieu hospitalier (jusqu'à 1 mois)

Vous ne savez pas à qui confier vos animaux de compagnie ?

Si aucun de vos proches ne peut s'en occuper, nous prenons en charge leur transport et leur hébergement en pension animalière (jusqu'à 1 mois)

Vous aimeriez faire venir un proche auprès de vous ?

En cas de nécessité, nous organisons et prenons en charge le déplacement aller / retour d'un proche et si besoin est son hébergement (jusqu'à 2 nuits à concurrence de 100 €)

Vous voulez que l'on prévienne un proche ?

Pour vous faciliter la vie, nous nous chargeons à votre place de faire parvenir les messages urgents à votre famille.

EN CAS DE DÉCÈS

Les prestations suivantes s'appliquent : prise en charge des enfants et des parents, aide ménagère, garde des animaux, transmission de messages urgents.

Nous pouvons aussi aider à organiser les obsèques et donner des informations sur les dispositions à prendre, les dons d'organe, la crémation, la succession...

VOS PRESTATIONS D'ASSISTANCE

En cas d'immobilisation suite à un accident garanti

VOUS ÊTES IMMOBILISÉ À VOTRE DOMICILE PLUS DE 5 JOURS ?

Toutes les prestations concernant l'hospitalisation vous sont également acquises.

Votre enfant doit garder le lit plus de 2 jours ?

Vos enfants ont moins de 16 ans, vous ne pouvez pas rester auprès d'eux ou les faire garder ? Dès le 1er jour nous organisons et prenons en charge :

- le déplacement aller/retour d'un de vos proches
- ou si une personne de votre entourage n'est pas disponible, la garde à domicile par une aide familiale (jusqu'à 30 heures réparties sur 1 mois)

Cette prestation ne s'applique qu'au-delà des journées dues par votre entreprise pour garder les enfants malades au domicile.

SERVICES COMPLÉMENTAIRES

Si dans votre entourage, personne ne peut vous renseigner ou accomplir une démarche à votre place, vous avez droit aux services suivants :

Vous avez besoin d'une ambulance ?

Sur prescription médicale et en dehors des cas d'urgence, nous organisons votre transport aller / retour jusqu'à l'établissement médicalement adapté et proche de chez vous. Toutefois, les frais de transport restent à votre charge.

Vous n'avez personne qui puisse aller chercher vos médicaments ?

Nous nous chargeons de faire livrer les médicaments prescrits par votre médecin. Leur remboursement s'effectue comme d'habitude.

Votre infirmière et votre médecin sont indisponibles ?

Nous vous aidons à rechercher un médecin, une infirmière ou un intervenant paramédical.

Vous souhaitez des conseils médicaux ?

Nos médecins peuvent vous donner des renseignements par téléphone 7j/7.

Naturellement il ne peut s'agir de consultation médicale par téléphone.

Vous désirez une information sociale ou administrative ?

A la suite d'un accident garanti nous répondons à toutes vos questions sur :

- les organismes sociaux et les droits aux prestations.
- les démarches diverses : employeur, aide social, aide aux handicapés

Ce service est ouvert du lundi au vendredi de 9 heures à 18 heures.

Vous avez besoin d'assistance à domicile ?

Munissez-vous de votre numéro de Sociétaire et

Appelez le 0 800 16 17 18

Important :

Les prestations d'assistance dépendent de la gravité et des conséquences de l'événement. Elles s'appliquent dès le 1er jour.

L'assistance à domicile ne peut en aucun cas se substituer à la solidarité naturelle de vos proches, ni aux prestations dues par les organismes sociaux et les employeurs.

Dans le cadre des prestations offertes, nous pourrons éventuellement être amenés à vous demander certains justificatifs.

Tous les déplacements prévus par la présente convention s'effectuent par train 1ère classe ou si besoin est par avion de ligne classe économique.

VOS PRESTATIONS D'ASSISTANCE

Assistance aux personnes

MAAF ASSISTANCE EST À VOTRE ÉCOUTE 24H/24.

N° Vert 0 800 16 17 18

(Appel gratuit depuis un poste fixe - surcoût éventuel selon opérateur)

DE L'ÉTRANGER +33 5 49 16 17 18

L'assistance aux personnes vous permet de bénéficier :
- d'une assistance à l'occasion d'un déplacement privé ou professionnel,
- d'un accompagnement psychologique lorsque vous avez subi un traumatisme psychologique.

Ces prestations sont assurées par MAAF Assurances (Société d'assurance mutuelle à cotisations variables, entreprise régie par le Code des assurances - RCS NIORT 781 423 280 - Code APE 6512Z - Chaban 79180 Chauray).

Les bénéficiaires en déplacement confrontés à de sérieux ennuis non prévus dans les garanties décrites ci-dessous, peuvent néanmoins appeler MAAF Assistance qui s'efforcera de tout mettre en œuvre pour leur venir en aide.

Assistance et assurance : l'intervention de MAAF Assistance n'implique pas automatiquement la prise en charge du sinistre au titre des garanties d'assurance de votre contrat.

LES BÉNÉFICIAIRES

- **Vous,** l'assuré (souscripteur du contrat ou personne désignée aux conditions particulières),
- **votre conjoint** vivant sous votre toit que vous soyez marié, lié par un pacte civil de solidarité (PACS) ou vivant en concubinage,
- **vos enfants mineurs,**
- **ainsi que toute autre personne fiscalement à charge** vivant habituellement sous votre toit.

Les bénéficiaires doivent obligatoirement être domiciliés en France*.

VOS GARANTIES D'ASSISTANCE DÉPLACEMENT

LES DÉPLACEMENTS SONT GARANTIS :
- en France*, pour les événements survenus à plus de 50 km de votre domicile,
- à l'étranger, dans le monde entier :
  - à l'occasion d'un déplacement à titre privé, **pendant une durée maximale d'un an,**
  - à l'occasion d'un déplacement à titre professionnel, **pendant une durée maximale de trois mois**.

Quel que soit l'événement garanti, le lieu du retour est celui du domicile en France*.

L'ASSISTANCE EN CAS D'ACCIDENT CORPOREL OU DE MALADIE :

- **Définitions**

L'accident

Tout atteinte corporelle résultant d'un choc direct, violent, soudain et imprévu provoqué par un agent extérieur à l'assuré.

La maladie est une 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 et qui empêche la continuation normale du voyage ou du séjour.

Exclusions

Ni les voyages à visée diagnostique et/ou thérapeutique, c'est-à-dire ayant pour objectif de consulter un praticien ou d'être hospitalisé, ni les retours pour greffe d'organe, ne peuvent être considérés comme des événements donnant droit à une assistance au titre de la maladie si celle-ci n'est pas justifiée par une altération soudaine et imprévisible de l'état de santé au cours du voyage.

- **Prestations**

Rapatriement : sur décision de ses médecins, MAAF Assistance organise et prend en charge le rapatriement du bénéficiaire jusqu'à son domicile en France* ou dans un hôpital adapté le plus proche de son domicile en France*. Les médecins de MAAF Assistance déterminent le moyen de transport à utiliser.
Dans la mesure du possible, et sous réserve de l'avis des médecins de MAAF Assistance , il sera fait en sorte que l'un des membres de la famille, déjà sur place, puisse voyager avec le blessé ou le malade.

Attente sur place d'un accompagnant : lorsque le bénéficiaire blessé ou malade, non transportable, doit rester hospitalisé au-delà de la date initialement prévue pour son retour, MAAF Assistance organise et participe à l'hébergement (hôtel et petit déjeuner) d'une personne restée au chevet du bénéficiaire à concurrence de 50 € par jour, et ce pour une durée maximale de 7 jours.

Présence d'un proche : si le patient doit rester hospitalisé plus de 7 jours et qu'aucune personne n'est à son chevet, MAAF Assistance prend en charge les frais de transport aller et retour au départ de la France* d'un proche et les frais d'hébergement (hôtel et petit déjeuner) de ce dernier à concurrence de 50 € par jour dans la limite de 7 jours. **Cette prestation ne se cumule pas avec celle de l'attente sur place d'un accompagnant.**

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

Frais médicaux et d'hospitalisation à l'étranger : le bénéficiaire doit avoir la qualité d'assuré auprès d'un organisme français d'assurance maladie.

En complément des remboursements obtenus par le bénéficiaire (ou ses ayants droit) auprès de la Sécurité sociale et de tout autre organisme de prévoyance ou d'assurance auquel il est affilié, MAAF Assistance prend en charge les frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation engagés à l'étranger à concurrence de 80 000€ TTC par bénéficiaire.

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

En cas d'hospitalisation onéreuse, dans la limite de ces mêmes 80 000 € TTC, MAAF Assistance fait l'avance au bénéficiaire des frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation engagés à l'étranger, dans l'attente des remboursements par les organismes sociaux.

* France métropolitaine ou DROM

Dés son retour, le bénéficiaire (ou ses ayants droit) s'engage à effectuer toutes les démarches nécessaires pour obtenir le remboursement de ces frais auprès des organismes sociaux auxquels il est affilié et à reverser immédiatement à MAAF Assistance toute somme perçue par lui à ce titre accompagnée des décomptes originaux correspondants. A défaut, il (ou ses ayants droit) s'expose à des poursuites judiciaires et toute nouvelle avance sera refusée.

Exclusions

- **les frais consécutifs à un accident** ou une maladie constatée médicalement avant la prise d'effet de la garantie,**
- **les frais occasionnés par le traitement d'un état pathologique, physiologique ou physique constaté médicalement avant la prise d'effet de la garantie à moins d'une complication nette et imprévisible,**
- **les frais de prothèse internes, optiques, dentaires, acoustiques, fonctionnelles, esthétiques ou autres,**
- **les frais engagés en France métropolitaine ou dans les DROM, qu'ils soient ou non consécutifs à un accident** ou une maladie survenus en France ou à l'étranger,**
- **les frais de cure thermale et de séjour en maison de repos, les frais de rééducation.**

Conseil : si vous voyagez dans l'Espace Économique Européen ou en Suisse, munissez-vous de la Carte européenne d'assurance maladie qui vous permettra de bénéficier de la prise en charge des soins médicalement nécessaires à l'occasion de vos séjours temporaires. Elle peut être obtenue sur simple demande auprès de votre organisme de Sécurité sociale.

L'ASSISTANCE EN CAS DE DÉCÈS

- **Prestations**

Décès d'un bénéficiaire

MAAF Assistance organise et prend en charge le transport du corps du bénéficiaire depuis le lieu de la mise en bière jusqu'au lieu d'inhumation ou d'obsèques en France*.
La prise en charge inclut les frais de préparation, les aménagements spécifiques au transport, ainsi qu'un cercueil conforme à la législation et de qualité courante.

Exclusions

- **les autres frais d'obsèques (frais de cérémonie, de convoi, d'inhumation ...) restent à la charge de la famille.**

Décès d'un proche (conjoint, ascendant, descendant, frère ou soeur)

Lorsqu'un bénéficiaire doit interrompre son voyage pour assister aux obsèques de l'un de ses proches (conjoint, ascendant, descendant, frère ou sœur du bénéficiaire), MAAF Assistance organise et prend en charge le transport du bénéficiaire depuis son lieu de séjour jusqu'au lieu d'inhumation en France*.

FRAIS DE SECOURS EN MONTAGNE

- **Prestation**

En cas d'accident lié à la pratique du ski alpin ou de fond, sur pistes balisées et réglementées et hors compétition sportive, MAAF Assistance prend en charge les frais de secours appropriés du lieu de l'accident jusqu'à la structure médicale adaptée, sans franchise kilométrique.

PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES, nous intervenons également dans l'organisation et la prise en charge :

- **du retour au domicile en France* des autres bénéficiaires** si l'événement garanti les empêche de rejoindre leur domicile par les moyens initialement prévus,
- **du retour au domicile en France* des enfants de moins de 15 ans** avec accompagnement si nécessaire, si personne n'est en mesure de s'occuper d'eux,
- **du retour au domicile en France* des animaux de compagnie** lorsque personne n'est en mesure de s'occuper d'eux. Si les animaux sont blessés, ils sont confiés au service vétérinaire le plus proche avant d'être ramené au domicile de leur propriétaire ou d'un proche par les moyens les plus appropriés.

CONDITIONS D'INTERVENTION

- **Les dépenses engagées sans l'accord préalable de MAAF Assistance, resteront à votre charge, de même que les dépenses que vous auriez dû normalement engager en l'absence de l'événement donnant lieu à l'intervention.**
- **Les délais d'intervention et les prestations de MAAF Assistance sont fonction de la gravité de la situation locale et/ou des possibilités offertes par les infrastructures locales.**
- **MAAF Assistance n'intervient pas dans les cas suivants :**
  - **MAAF Assistance ne peut intervenir que dans la limite des accords donnés par les autorités locales.**
  - **MAAF Assistance ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence, ni prendre en charge les frais ainsi engagés.**
  - **MAAF Assistance ne sera pas tenue d'intervenir dans les cas où le bénéficiaire aurait commis de façon volontaire, des infractions à la législation en vigueur dans les pays traversés par lui.**
  - **MAAF Assistance ne peut se substituer aux services publics, sapeurs-pompiers notamment, auxquels il doit être fait appel en cas d'incendie, explosions, etc...**

* France métropolitaine ou DROM
** Cf. lexique

Exclusions relatives à l'ensemble des garanties d'assistance déplacement

- **les convalescences et les affections (maladie, accident*) en cours de traitement non encore consolidées,**
- **les maladies préexistantes diagnostiquées et/ou traitées ayant fait l'objet d'une hospitalisation dans les six mois précédant la demande d'assistance,**
- **les conséquences des états résultant de l'usage de drogues, stupéfiants et produits assimilés non prescrits médicalement, ainsi que de l'absorption d'alcool,**
- **les conséquences du suicide, de la tentative de suicide et de ses complications,**
- **les frais de secours d'urgence, l'organisation des recherches et sauvetages et les frais s'y rapportant, les frais de transports primaires, à l'exception des frais d'évacuation sur piste de ski en cas d'accident lié à la pratique du ski alpin ou de fond, sur pistes balisées et réglementées et hors compétition sportive,**
- **les événements survenus lors de la pratique des sports suivants : sports aériens, spéléologie,saut à l'élastique, pêche et plongée sous marines, sports de combat, sports comportant l'utilisation d'un véhicule ou engin à moteur, sports équestres, alpinisme et escalades, sports en eaux vives, sport de glisse (à l'exception des accidents liés à la pratique du ski alpin ou de fond, sur pistes balisées et réglementées), sports comportant l'utilisation d'armes à feu, raids, trekkings, ou de la participation du bénéficiaire en tant que concurrent à des compétitions sportives, paris, matchs, concours, rallyes ou à leurs essais préparatoires,**
- **les situations à risques infectieux en contexte épidémique faisant l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillance spécifique de la part des autorités sanitaires locales et/ou nationales du pays d'origine,**
- **les conséquences qui résulteraient de cas de force majeure ou d'événements tels que guerres civiles ou étrangères, actes de terrorisme, représailles, restriction à la libre circulation des personnes et des biens, instabilité politique notoire, révolutions, mouvements populaires, émeutes, grèves, saisies ou contraintes par la force publique, interdictions officielles, pirateries, explosions d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques graves et événements imprévisibles d'origine naturelle.**

L'ACCOMPAGNEMENT PSYCHOLOGIQUE

MAAF Assistance intervient lorsque vous avez subi un traumatisme psychologique qui peut avoir été occasionné notamment par un accident de la circulation, un accident corporel, un décès, une maladie grave, un viol ou une agression physique, une catastrophe naturelle, un sinistre au domicile ou pour avoir été témoin oculaire d'un acte de violence comme un attentat, ou un acte terroriste.

Accueil et consultation psychologique

MAAF Assistance met à votre disposition un service d'écoute et d'aide psychologique par téléphone pour une consultation d'une durée moyenne de 45 minutes.
MAAF Assistance prend en charge le coût de cette consultation ainsi que les frais de téléphone.

Suivi psychologique

A la suite de cette première consultation et selon le diagnostic établi, vous pouvez bénéficier de **3 nouvelles consultations maximum** effectuées soit par téléphone auprès du même psychologue, soit au cabinet d'un psychologue clinicien agréé, proche de votre domicile ou, sur demande, auprès d'un psychologue de votre choix.
MAAF Assistance prend en charge le coût des consultation dans les deux premiers cas.
Dans le cas d'un suivi chez un psychologue de votre choix, MAAF Assistance vous rembourse sur justificatifs **3 consultations maximum** dans la limite de 52 € par consultation.
Dans tous les cas, les frais de transport pour se rendre chez le psychologue restent à votre charge.
Dans les Départements et Régions d'Outre-Mer, les consultations sont effectuées uniquement par téléphone ou, sur demande, auprès d'un psychologue de votre choix.
La prestation "suivi psychologique" est limitée à 2 événements traumatisants par bénéficiaire et par année d'assurance.
En aucun cas, il ne s'agit d'une psychothérapie par téléphone. Les prestations s'appliquent uniquement en France, mais l'événement peut avoir lieu à l'étranger.

Exclusions

La garantie n'intervient pas :

- **pour tout événement antérieur à 6 mois à la demande d'assistance,**
- **pour tout suivi psychologique alors que le bénéficiaire est déjà en traitement auprès d'un psychiatre ou d'un psychologue,**
- **dans le cadre d'une décompensation psychique grave nécessitant une hospitalisation en milieu spécialisé.**

* Cf. lexique

VOTRE GARANTIE RENSEIGNEMENTS JURIDIQUES

Les renseignements juridiques (par téléphone)

Confronté à un litige dans le cadre de votre vie privée, vous pouvez obtenir par téléphone des informations juridiques et pratiques utiles à la défense de vos intérêts.

Cette garantie consiste uniquement dans la fourniture d'informations d'ordre général.

Elle n'inclut pas la prise en charge des frais de procédure.

Cette garantie est assurée par MAAF Assurances (Société d'assurance mutuelle à cotisations variables, entreprise régie par le Code des assurances – RCS NIORT 781 423 280 – Code APE 6512Z – Chaban 79180 Chauray).

QUI EST COUVERT ?

- **Vous,** l'assuré (souscripteur du contrat ou personne désignée aux conditions particulières),
- **votre conjoint** vivant sous votre toit que vous soyez marié, lié par un pacte civil de solidarité (PACS) ou vivant en concubinage,
- **vos enfants mineurs,**
- **ainsi que toute autre personne fiscalement à charge** vivant habituellement sous votre toit.

QUELLES SONT LES MODALITÉS D'INTERVENTION ?

Une équipe de juristes se tient à votre disposition du lundi au vendredi de 9 heures à 19 heures pour vous apporter, exclusivement par téléphone, des informations adaptées à votre situation et orienter vos démarches. Vous pouvez les contacter au 05.49.17.53.33 (numéro non surtaxé – coût selon opérateur - Le montant de la communication téléphonique reste à votre charge).

Lors de chaque appel, il vous sera demandé de vous identifier en indiquant votre numéro de sociétaire.

QUEL EST LE CONTENU DE LA GARANTIE ?

Les domaines garantis sont les suivants :

- La consommation (paiement, après-vente, vente forcée, litige avec vendeurs...)
- L'habitation (location, construction, copropriété, viager...)
- La protection sociale (sécurité sociale, caisse de retraite, organisme de prévoyance...)
- La santé (accidents médicaux, responsabilité médicale, maladie nosocomiale...)
- La fiscalité (impôts sur le revenu, impôts locaux, taxes, redevances...)
- La justice (procédures, tribunaux compétents, rôle de l'avocat, aide juridictionnelle...)
- La vie associative
- Le travail (contrat, congés, salaires, pôle emploi, emplois familiaux ...)
- La propriété et le voisinage (trouble du voisinage, mitoyenneté, clôtures...)
- La famille (mariage, divorce, adoption d'enfants, succession...)
- Les services publics et l'administration
- Les formalités administratives (délivrance de documents administratifs, vaccins, scolarité...)
- Les loisirs (associations, agence de voyages, visas, locations saisonnières...)

Sont exclus les litiges non régis par le droit français.

* Cf. lexique

DISPOSITIONS DIVERSES

Subrogation

Garantie frais de soins et frais d'obsèques

Lorsque nous vous avons indemnisé au titre de votre contrat, nous sommes subrogés dans vos droits et actions contre tous les responsables du sinistre, jusqu'à concurrence de l'indemnité que nous vous avons versée.

Si la subrogation ne peut plus s'exercer de votre fait, la garantie à laquelle vous aviez droit ne vous est plus acquise.

Cas particulier de l'avance sur recours

Nous exercerons un recours subrogatoire contre le tiers responsable ou son assureur ou l'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux pour le montant des indemnités que nous vous avons versées à titre d'avance sur recours.

Non cumul des prestations

Non cumul invalidité / décès

Lorsque postérieurement au versement dû pour l'invalidité permanente l'assuré décède des suites de l'accident, les indemnités dues au titre du décès sont versées déduction faite des sommes déjà réglées.

Si les indemnités déjà réglées sont supérieures à celles qui auraient été dues au titre du décès, elles restent acquises aux bénéficiaires.

Non cumul des prestations

Les prestations de caractère indemnitaire perçues ou à percevoir d'un organisme de Sécurité Sociale, de tout autre régime de prévoyance ou de fonds d'indemnisation public sont portées à la connaissance de l'assureur par l'assuré ou les bénéficiaires dès qu'elles leur sont notifiées par l'organisme débiteur et ont été acceptées par eux. Elles viennent en déduction des prestations dues au titre des mêmes préjudices indemnisés par le présent contrat. MAAF Assurances verse le complément à l'assuré ou aux bénéficiaires, s'il y a lieu.

Ce non cumul ne concerne que les garanties "Frais de soins" et "Frais d'obsèques", qui seules relèvent du principe indemnitaire, les autres prestations ayant un caractère forfaitaire.

Cumul d'assurances

En cas d'événement mettant en jeu le contrat, l'assuré ou le bénéficiaire est tenu de déclarer l'existence des autres contrats d'assurance à caractère indemnitaire couvrant le même risque.

Étendue territoriale des garanties

Les garanties s'appliquent aux accidents survenant dans le monde entier.

Toutefois, l'invalidité permanente doit être constatée par un médecin exerçant en France.

La garantie assistance à domicile est acquise en France Métropolitaine.

QUE FAIRE EN CAS D'ACCIDENT ?

Nous nous réservons le droit de faire contrôler votre état par notre Médecin Conseil.

Le règlement des indemnités est effectué après avoir obtenu l'avis de notre médecin conseil sur les documents que l'assuré nous a transmis, et, le cas échéant, après expertise médicale.

L'assureur se réserve à tout moment la possibilité d'exiger toutes autres pièces justificatives pour que l'assuré puisse le cas échéant continuer à percevoir les prestations.

Que faire en cas d'accident ?

Votre déclaration

Vous devez nous déclarer l'accident dès que vous en avez eu connaissance et au plus tard dans les 5 jours ouvrés.

La déclaration doit comporter les éléments suivants :

- la date, le lieu et les circonstances de l'accident,
- le nom, prénom, date de naissance de l'assuré victime de l'accident,
- les nom et adresse des témoins,
- la nature des blessures (certificat médical, compte rendu d'hospitalisation, certificat de décès, compte rendu de lésions, compte rendu opératoire...).

En cas d'agression ou d'attentat vous devez déposer une plainte auprès des autorités et nous en aviser.

En cas de fausse déclaration faite sciemment sur la nature, les causes, les circonstances ou les conséquences d'un sinistre, le bénéfice des garanties dues au titre du contrat seront perdues.

La détermination du préjudice

Vous devez nous adresser :

Garantie frais de soins

Après avoir transmis les demandes de remboursements aux organismes de sécurité sociale et de complémentaire santé, les copies des prescriptions médicales, factures, bordereaux de sécurité sociale ou de complémentaire santé, les refus de prise en charge.

Garantie incapacité temporaire totale/et garantie invalidité permanente

Un certificat médical initial précisant la nature des lésions constatées, la durée de l'incapacité temporaire totale à prévoir, ainsi que tous les certificats de prolongation de cette incapacité, le certificat fixant la date de guérison ou de consolidation.

Garantie décès / frais d'obsèques

Un certificat précisant la cause du décès.

La facture des frais d'obsèques.

Le livret de famille.

L'estimation des dommages et indemnisation

Comment est déterminé le taux d'invalidité permanente ?

Le taux d'invalidité résultant de l'accident, est déterminé par expertise faite par notre médecin conseil ou un médecin expert désigné par MAAF Assurances par référence au barème appliqué en droit commun publié par le Concours Médical.

Clause d'arbitrage

Le règlement des indemnités est effectué après avoir obtenu l'avis de notre médecin-conseil sur les documents que l'assuré ou les bénéficiaires nous ont transmis, et, le cas échéant, après expertise médicale.

Afin de juger de l'ouverture, du maintien ou de la suspension des droits à prestations pour les garanties autres que le décès, l'assuré doit se soumettre aux visites médicales ou contrôles que nous estimons nécessaires ; à défaut, notre garantie ne s'appliquerait pas.

En cas d'avis défavorable de notre médecin-conseil sur le maintien du droit à prestations, le versement des indemnités est supprimé.

En cas de désaccord d'ordre médical appuyé par un certificat médical motivé, le litige sera réglé par voie d'arbitrage médical, l'expert arbitre étant choisi d'un commun accord sur la liste des médecins experts membres de la FFAMCE (Fédération Française des Associations de Médecins Conseils Experts). Chaque partie se fera assister à ses frais par son propre expert.

En l'absence d'accord sur un nom de médecin, le litige sera confié au président du Tribunal de Grande Instance de NIORT qui désignera un expert figurant sur l'annuaire des médecins adhérents à la FFAMCE.

Chaque partie prendra en charge les frais de son expert et la moitié des frais de l'expert arbitre.

Comment est calculé la somme à verser ?

Le montant des garanties est obtenu en multipliant les coefficients par la valeur de l'indice applicable au jour de l'accident et par votre taux d'invalidité pour la garantie invalidité permanente. L'indice en vigueur correspond à l'indice indiqué sur l'avis d'échéance de l'année de survenance de l'accident (ou les Conditions Particulières lors de la première année de souscription).

Pour toute invalidité inférieure ou égale à la franchise mentionnée sur vos conditions particulières aucune indemnité n'est versée.

Invalidité	coefficient		
	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
De 6 à 10 % (Uniquement si franchise 5%* souscrite).	250	500	750
De 11 à 20 %	500	1000	1500
De 21 à 30 %	800	1600	2400
De 31 à 50 %	1100	2200	3300
De 51 à 70 %	1400	2800	4200
De 71 à 90 %	1800	3600	5400
De 91 à 100 %	3000	6000	9000

* Voir conditions particulières.

Exemple pour une valeur de l'indice égal à 125,78 (juin 2013)

Une invalidité de 55% sera indemnisée comme suit :

Pour un niveau 1 :

55 % x 1 400 x 125,78 = 96 850,60 €

Pour un niveau 2 :

le capital sera de 55 % x 2 800 x 125,78 = 193 701,20 €

Incapacité temporaire totale

Nous communiquons les documents que vous nous avez transmis à notre médecin-conseil, qui émet un avis sur la durée de l'incapacité temporaire totale, éventuellement nous avons recours à une expertise médicale.

En cas de désaccord, nous pouvons demander à 2 experts (l'un désigné par vous, l'autre par nous) de se prononcer, chacun supportant les honoraires de son expert.

Nous pouvons aussi le demander à un tiers expert désigné en commun, chacun supportant la moitié de ses honoraires.

Dans quel délai ?

Invalidité permanente

Le versement du capital est effectué dans les 15 jours suivant la consolidation et l'évaluation des séquelles.

Frais d'obsèques

Le remboursement des frais d'obsèques intervient dans un délai de 15 jours après réception des justificatifs des frais d'obsèques à concurrence du plafond défini au tableau des garanties p. 5 et du niveau de garantie choisi et mentionné aux conditions particulières, instruction complète du dossier et avis de notre médecin conseil.

Incapacité temporaire totale

Le capital est versé dans les 15 jours à réception du certificat fixant la durée de l'incapacité et après avis de notre médecin conseil.

Décès

Le capital est versé au(x) bénéficiaire(s) désignés dans les 15 jours suivant la réception des justificatifs demandés.

Que se passe-t-il en cas d'aggravation ?

S'il y a une aggravation de l'état de santé de l'assuré, en relation directe et certaine avec l'accident, de nature à modifier les conclusions médicales, une nouvelle expertise est effectuée. Les prestations sont alors recalculées en fonction des conclusions.

L'évolution de votre état en relation directe et certaine avec l'accident garanti de nature à modifier les conclusions médicales initiales, ouvre droit à un complément d'indemnisation. Toutefois les prestations déjà versées au titre de cet accident seront déduites de ce complément d'indemnisation. Le cumul des indemnités successives ne peut dépasser le plafond de garantie indiqué p. 5.

Exemple :

Pour une valeur de l'indice à 125,78 (juin 2013)

Suite à un accident garanti, une incapacité temporaire totale supérieure à 30 jours sera indemnisé comme suit :

3 x 125,78 = 377,34 €

Si suite à ce même accident, compte tenu de l'évolution de vos blessures, votre incapacité temporaire totale est prolongée de 60 jours, votre incapacité temporaire totale sera alors supérieur à 90 jours, vous serez indemnisé comme suit :

(12 - 3) x 125,78 = 1 132,02 €

ou

(12 x 125,78) - (3 x 125,78) = 1 509,36 – 377,34 = 1 132,02€

Cas particuliers des assurés âgés de plus de 65 ans

À partir des 66 ans de l'assuré, les capitaux dus en cas d'accident garanti sont diminués de 5 % par an.

Formation et durée de votre contrat

A partir de quand êtes-vous assuré ?

Votre contrat est conclu à la date de signature des conditions particulières, sous réserve du paiement effectif de la première cotisation. La date d'effet des garanties est mentionnée sur vos conditions particulières.

La durée de votre contrat

Le contrat est conclu jusqu'au 31 décembre de l'année de souscription. Il est reconduit automatiquement d'année en année à chaque échéance anniversaire sans intervention de la part du souscripteur.
C'est un contrat à tacite reconduction.

Mise à jour de votre contrat

Important

Il est impératif de nous informer de tout changement de situation au sein de votre foyer.

A la souscription
Vous devez décrire précisément votre foyer et les personnes que vous souhaitez assurer ou protéger.

La structure familiale retenue aura une incidence sur les personnes assurées, les bénéficiaires des prestations et le montant de la cotisation.

En cours de contrat
Vous devez vous signaler une naissance, un mariage, si un enfant n'est plus fiscalement à charge... Si vous ne le faites pas votre conjoint ou vos enfant(s) risquent de ne pas être bénéficiaires des capitaux décès.

Votre cotisation

Le montant de votre cotisation est indiqué sur vos conditions particulières

Votre cotisation est calculée en fonction de vos réponses aux questions posées lors de la souscription, des frais accessoires et des impôts et taxes mis à votre charge par la législation en vigueur.
L'échéance principale de la cotisation est le 1er janvier de chaque année.
La cotisation est payable annuellement d'avance.

Que se passe-t-il si vous ne payez pas votre cotisation ?

La mise en demeure :

Lorsque vous ne réglez pas votre cotisation dans les 10 jours de son échéance, nous pouvons vous envoyer une lettre recommandée de mise en demeure.

La suspension des garanties :

Cette mise en demeure entraîne la suspension des garanties 30 jours après son envoi, si vous n'avez pas réglé, durant ce délai, la totalité de la somme demandée.

(si la mise en demeure est adressée hors de France métropolitaine, la lettre recommandée est accompagnée d'une demande d'avis de réception et le délai de 30 jours ne court que le jour de la remise précisé sur l'avis de réception).

Quelle est la durée de la suspension ? Plusieurs hypothèses peuvent se présenter

Vous réglez votre cotisation : les garanties reprennent effet le lendemain à midi du jour où nous avons reçu le règlement intégral des sommes dont vous nous êtes redevable.

Vous ne réglez pas la cotisation

Nous pouvons résilier votre contrat, 10 jours après la date de suspension, en vous le notifiant dans la mise en demeure ou par nouvelle lettre recommandée.

En l'absence de résiliation, les garanties sont suspendues jusqu'à l'expiration de la période annuelle d'assurance.

Comment évolue votre cotisation ?

L'indexation de votre cotisation et des capitaux assurés :

Votre cotisation et les capitaux assurés varient en fonction de l'indice des prix à la consommation de l'ensemble des ménages (hors tabac), publié par l'INSEE (ou par l'organisme qui lui serait substitué) base 100 en 1998.

Leur montant est modifié à chaque échéance, proportionnellement à la variation constatée entre la valeur de l'indice indiquée sur vos conditions particulières, lors de la souscription du contrat ou sa modification, et la valeur indiquée sur votre dernier avis d'échéance.

Votre cotisation est augmentée :

Que pouvez- vous faire

En cas de majoration du tarif lors de l'échéance, vous pouvez, dans le mois où cette majoration a été portée à votre connaissance, résilier votre contrat (à l'exception de l'évolution liée au jeu de l'indice).

La garantie est maintenue jusqu'à la résiliation qui prend effet un mois après la réception de votre demande.

Vous devez alors acquitter, au tarif ancien, la cotisation due pour la période comprise entre la dernière échéance et la date d'effet de la résiliation.

Si l'augmentation est imposée par voie législative ou réglementaire, elle n'ouvre droit ni à contestation ni à résiliation.

Cessation de votre contrat

Dans quels cas votre contrat peut-il être résilié ?

Par vous ou par nous :
A l'échéance moyennant un préavis de 2 mois (dénonciation de la tacite reconduction)
Pour nous, cette résiliation ne peut vous être notifiée que dans les 2 ans qui suivent la souscription de votre contrat.

Par vous
Si nous résilions, après sinistre, un autre de vos contrats,
En cas de majoration de votre cotisation (voir paragraphe votre cotisation p. 21).

Par nous :
- En cas de non paiement de votre cotisation.
- Après sinistre.
  Dans ce cas la résiliation ne peut vous être notifiée que dans les 2 ans qui suivent la date de prise d'effet de votre contrat. Vous avez alors le droit de résilier vos autres contrats.
- Pour fausse déclaration du risque.

Par l'administrateur ou le débiteur autorisé par le juge commissaire ou le liquidateur si le souscripteur fait l'objet d'un jugement de redressement ou de liquidation judiciaire.

De plein droit :
- A la date du décès de l'assuré ou du souscripteur.
- Au 31 décembre de l'année où l'assuré le plus jeune du contrat aura atteint ses 70 ans.

Comment est résilié votre contrat ?

Vous en prenez l'initiative

Vous avez le choix entre une déclaration faite contre récépissé, un acte extrajudiciaire ou une lettre recommandée, qui doit nous être adressée dans les délais prévus pour notifier notre décision.

Par exemple, lorsqu'il s'agit d'une dénonciation de la tacite reconduction vous devez poster votre courrier, au plus tard, le 31 octobre de l'année en cours, le cachet de la poste faisant foi.

• Nous en prenons l'initiative
Nous vous adressons, à votre dernier domicile connu, une lettre recommandée dans les délais prévus pour notifier notre décision, les délais courant à partir de la date figurant sur le cachet de la poste.

• Quel sera le sort de votre cotisation ?
Si votre contrat est résilié au cours de la période d'assurance, nous vous remboursons la portion de cotisation perçue d'avance concernant la période postérieure à la résiliation, sauf lorsqu'elle résulte du non-paiement de la cotisation (cette portion nous est due à titre d'indemnité).

• Frais engagés par MAAF Assurances
Si lors de la procédure, nous avons engagé des frais et que, par décision judiciaire, des sommes sont allouées à l'assuré au titre de l'article 700 du Nouveau Code de Procédure Civile ou de l'article 475-1 du Code de Procédure Pénale, ces sommes nous reviennent de plein droit, à concurrence des sommes que nous avons réellement payées.

Droit applicable (Article L183-1 du Code des assurances)

La langue et la loi qui sont applicables entre vous et nous sont françaises.
Ce contrat est régi par le Code des assurances. L'autorité chargée du contrôle de l'assureur est l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, 61 rue Taitbout, 75436 PARIS CEDEX 09.

Délai de renonciation au contrat conclu exclusivement à distance

Vous disposez d'un délai de quatorze jours calendaires révolus pour renoncer au contrat si ce dernier a été conclu exclusivement à distance. Ce délai commence à courir soit à compter du jour où le contrat à distance est conclu, soit à compter du jour où vous avez reçu la présente notice d'information si cette date est postérieure à celle de la conclusion du contrat. Le droit à renonciation ne s'applique toutefois pas si le contrat a été exécuté intégralement par les deux parties à votre demande expresse avant que vous n'exerciez votre droit à renonciation. En cas de renonciation MAAF Assurances SA conservera la portion de cotisation perçue afférente à la période couverte.

Votre contrat sera résilié à la date de réception de votre lettre.

Vous devez notifier votre demande par lettre recommandée avec demande d'avis de réception à l'adresse suivante: MAAF Assurances SA, Chauray 79036 NIORT CEDEX 09. Cette demande intégrera la phrase suivante : "Je soussigné (mettre votre nom et prénom) exerce mon droit de renonciation prévu par l'article L.112-2-1 du Code des assurances pour mon contrat Tranquillité Famille numéro... (indiquer les références du contrat figurant sur les Conditions particulières), souscrit le ....." .

Délai de renonciation au contrat souscrit dans le cadre d'un démarchage au domicile du souscripteur ou sur son lieu de travail

En tant que personne physique, si vous avez fait l'objet d'un démarchage à votre domicile, à votre résidence ou sur votre lieu de travail, même à votre demande, et avez signé dans ce cadre une proposition d'assurance pour le contrat Tranquillité Famille, vous avez la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs, ni à supporter de pénalités.
Cette dernière disposition n'est pas applicable si vous avez eu connaissance d'un sinistre mettant en jeu le contrat.
Votre contrat sera résilié à la date de réception de votre lettre.

Vous devez notifier votre volonté de renoncer par courrier à l'adresse suivante : MAAF Assurances SA, Chauray 79036 NIORT Cedex 09. Cette demande intégrera la phrase suivante : "je soussigné (mettre votre nom et prénom) exerce mon droit de renonciation prévu par l'article L.112-9 du Code des assurances pour mon contrat Tranquillité Famille numéro..... (indiquer les références du contrat figurant sur les Conditions particulières), souscrit le .....".

Gestion des réclamations

Pour tout mécontentement envers nous, votre interlocuteur habituel (conseiller, gestionnaire...) mettra en œuvre tous les moyens à sa disposition pour vous satisfaire.

Si le mécontentement persiste, il vous proposera de vous adresser à son responsable qui analysera avec vous l'origine du problème et s'assurera de vous apporter une réponse dans les meilleurs délais.

Si la réponse ne vous satisfait toujours pas, vous pourrez vous adresser au service réclamations et qualité client MAAF que vous pouvez joindre :

Par courrier
MAAF Assurances
Service Réclamations et Qualité Client MAAF
79036 – NIORT CEDEX 09

Par courriel
service.RECLAMATIONSETQUALITECLIENT@maaf.fr

Par téléphone
05.49.17.53.00 de 13h00 à 18h00
du lundi au vendredi

Dans tous les cas, vous recevrez un accusé de réception sous 10 jours ouvrables maximum à compter de la réception de votre réclamation sauf si une réponse vous est apportée dans ce délai. Le cas échéant, vous recevrez une réponse du service réclamations et qualité client MAAF au plus tard 2 mois après la réception de votre réclamation.

Si le désaccord persiste après la réponse donnée par le service réclamations et qualité client MAAF, **vous pourrez solliciter le médiateur du GEMA** (Groupement des Entreprises Mutuelles d'Assurances) : 9, rue de saint-Petersbourg – 75008 Paris.

Pour plus de détails sur la procédure de médiation, vous pouvez consulter le protocole de médiation sur www.gema.fr

Dans tous les cas, vous conservez la faculté de saisir le tribunal compétent.

Prescription

Article L114-1 du Code des assurances

Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

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

2° En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

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

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

Article L114-2 du Code des assurances

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

Article L114-3 du Code des assurances

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

LEXIQUE

Les définitions s'appliquent à l'ensemble des garanties du contrat

Accident

Toute atteinte corporelle résultant d'un choc direct, violent, soudain et imprévu provoqué par un agent extérieur à l'assuré.

Aggravation

Modification définitive du taux d'incapacité permanente partielle.

Assuré

Ce sont les personnes désignées aux conditions particulières. Les assurés doivent être âgés de moins de 66 ans à la date d'adhésion (l'âge est calculé par différence de millésime).

Attention dans le cadre de la garantie 1, protection contre les accidents de la vie privée, le souscripteur peut choisir de ne pas donner la qualité d'assuré à ses enfants.

Les enfants ne peuvent pas être assurés au titre de la garantie 2 protection complémentaire du conducteur et de la garantie 3 accidents médicaux.

Assureur

MAAF Assurances SA

Attentat

Un attentat est une action destinée à nuire (à attenter) aux biens ou à la vie d'autrui. Sont considérés comme attentats les actions terroristes.

Bénéficiaire

En cas de blessures c'est la personne assurée victime de blessures.

En cas de décès c'est la personne physique qui reçoit les prestations.

Conditions générales

C'est le présent document qui concerne tous les souscripteurs du contrat et qui précise les garanties ainsi que les dispositions relatives à la vie du contrat.

Conditions particulières

Ce document reprend les éléments que vous avez déclarés à la souscription.

Consolidation

C'est le moment où l'état de la victime se stabilise pour prendre un caractère permanent non susceptible de modification.

Déchéance

C'est la perte du droit à l'indemnité pour un accident, à la suite du non respect de votre part de certaines dispositions du contrat.

Échéance

Date à laquelle vous devez payer votre cotisation.

Incapacité permanente

C'est la réduction définitive des capacités physiques, intellectuelles ou mentales de la victime.

Nullité

C'est l'annulation pure et simple du contrat qui est censé alors n'avoir jamais existé.

Offre d'indemnité

C'est l'indemnité proposée en réparation des préjudices subis. Elle peut être définitive ou provisionnelle lorsque l'état de la victime n'est pas consolidé et que le médecin expert a estimé que l'incapacité permanente directement imputable à l'accident dépasserait la franchise incapacité permanente mentionnée sur les conditions particulières.

Rixe

Querelle violente accompagnée de menaces et de coups quel que soit le nombre de personnes impliquées.

Souscripteur

Personne physique désignée sur les conditions particulières qui a conclu le contrat avec l'assureur.

Tierce personne

Aide apportée par une personne extérieure destinée à pallier l'impossibilité ou la difficulté d'effectuer les actes de la vie courante (s'habiller, se laver, se coucher, se lever, s'alimenter, se déplacer dans son logement et procéder à ses besoins naturels).

la référence qualité prix

MAAF Assurances SA
SOCIÉTÉ ANONYME AU CAPITAL DE 160 000 000 euros entièrement versé
RCS NIORT 542 073 580 - Code APE 6512 Z - Entreprise régie par le code des assurances - N° TVA intracommunautaire FR 38 542 073 580
Siège social : Chaban - 79180 CHAURAY - Adresse : Chauray - 79036 NIORT Cedex 09 - www.maaf.fr

Avec Ecofolio tous les papiers se recyclent.

Réf. 1994 - 06/14