

[**RÈGLEMENT MUTUALISTE**]

RÈGLEMENT MUTUALISTE

Le présent Règlement est subordonné aux statuts de l'Ircem Mutuelle. Votre contrat d'assurance "GARANTIE Accident" est un contrat individuel d'assurance relevant de la branche [20] Dommages corporels régi par le Code de la mutualité. Il se compose de plusieurs documents :

- Le Règlement mutualiste (le présent document),
- La Fiche de conseil en assurance,
- Le Document d'information sur le produit d'assurance,
- La Demande d'adhésion, qui matérialise votre souhait d'adhérer à la garantie,
- Le Certificat d'adhésion, qui précise les garanties choisies et confirme votre choix de souscrire à l'assurance.

1. DÉFINITIONS

Accident : Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'Assuré provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure. **Ne sont pas considérées comme Accident la blessure ou la lésion provenant totalement ou partiellement d'un état pathologique ou d'une opération non consécutive à un Accident.**

Age de l'assuré : L'âge d'un assuré est calculé par différence de millésime entre l'année en cours et son année de naissance.

Assuré(s) : Toute personne physique mentionnée au certificat d'adhésion et pour laquelle une cotisation est versée.

Avenant : Modification du contrat et document matérialisant cette modification au contrat d'origine.

Blessure : Brûlure ou Fracture provenant des suites d'un Accident. Ne sont pas considérées comme Blessure, la blessure ou la lésion provenant totalement ou partiellement d'un état pathologique ou d'une opération non consécutive à un Accident.

Brûlure : Lésion totale ou partielle de la peau et/ou des muqueuses et/ou des os d'origine physique ou chimique (chaleur, produits caustiques, électricité, rayonnements artificiels etc.). Selon l'étendue de la lésion, elle peut être du 1er degré, du 2ème degré (destruction de l'épiderme) ou du 3ème degré (destruction de l'épiderme et du derme). Les Brûlures assurées dans le cadre de ce contrat sont des 2ème et 3ème degré.

Conjoint : Est considéré comme conjoint, l'époux ou l'épouse du Membre Participant, non divorcé ni séparé de corps judiciairement, ou son cosignataire d'un pacte civil de solidarité, ou son concubin notoire non séparé de corps judiciairement, au sens du code civil.

Décès accidentel : Le décès doit survenir uniquement et directement à la suite d'une blessure corporelle Accidentelle, dans les 365 jours consécutifs à celle-ci.

Domicile : Lieu de résidence principale ou adresse du Membre Participant précisée au certificat d'adhésion du contrat.

Fracture : Lésion concernant un os qui entraîne une rupture de sa continuité (une cassure).

Hospitalisation : tout séjour dû à un Accident garanti par le présent contrat dans un établissement hospitalier en France et dans le monde entier (hôpital ou clinique, public ou privé) d'au moins 24 heures consécutives. Cet établissement doit être habilité à pratiquer des actes et des traitements médicaux auprès des personnes malades ou Accidentées, possédant les autorisations administratives locales autorisant ces pratiques ainsi que le personnel nécessaire. Il doit être agréé par le Ministère français concerné ou son équivalent dans un autre pays.

L'Ircem Mutuelle : Assureur du présent Contrat, l'Ircem Mutuelle est une mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité dont le siège social se situe à Roubaix (59100), 261, avenue des Nations Unies et immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro 438 301 186.

Membre Participant : Personne physique adhérente au présent contrat, désignée comme telle sur la demande d'adhésion ou sur le certificat d'adhésion et répondant aux conditions d'admission à l'assurance.

2. OBJET DE LA GARANTIE

Sous réserve des conditions définies dans le présent Règlement Mutualiste, le contrat d'assurance « GARANTIE Accident » assure :

- Le versement d'indemnités journalières à l'assuré en cas d'Hospitalisation à la suite d'un Accident. En cas de séjour en service de soins intensifs, les indemnités versées seront augmentées de 50% et ce dans la limite de 30 jours par Accident.
- Le versement d'un capital en cas de Blessure résultant d'un Accident (fracture, brûlures) dont le montant dépend du type de blessure, de sa localisation et pour une brûlure, de sa surface.
- En option, le versement d'un capital en cas de Décès accidentel.

2.1 POUR LES BLESSURES

Les Blessures suivantes intervenues dans les 90 jours après la date de l'Accident sont indemnisées dans le cadre du présent Contrat :

- Les Fractures suivantes constatées par une radiographie : crâne (os structurels et fonctionnels), vertèbre, bras (humérus), avant-bras (radius, ulna), poignet, carpe (main hors métacarpe et doigt), fémur, jambe (tibia, péroné), tarse et calcanéum (pied hors métatarse et orteil), maxillaire, clavicule, côte, sternum, rotule, coccyx, épaule, genou, col du fémur, hanche, bassin, cheville, crâne avec déficit neurologique et vertèbre avec déficit neurologique.

- Les Brûlures du 2e et 3e degré avec atteinte d'au moins 10% de la surface corporelle et entraînant une Hospitalisation d'au moins 24 heures consécutives. La méthode utilisée pour déterminer la surface de Brûlure est la 10e révision de la classification internationale des maladies (CIM). Pour être couverte par le Contrat, la Brûlure doit être codée comme T20 à T25, codes précisant sa localisation, et/ou T31 de 1 à 9, codes précisant son étendue sur la surface du corps. Si seul le code de T20 à T21 est précisé, le capital versé sera alors le capital minimum prévu par la garantie selon l'option du produit souscrite.

Si pour une même Brûlure, un Assuré est hospitalisé à plusieurs reprises, il recevra un seul versement du capital. Si un Assuré a 2 Brûlures ou plus indépendantes par an, nécessitant chacune une Hospitalisation, il ne sera indemnisé que pour la première Brûlure.

En cas de Blessures multiples lors d'un même événement, seule la Blessure correspondant au capital le plus élevé est indemnisée. Le total des capitaux cumulés par année civile et pour un même Assuré est plafonné. Le montant maximal des indemnités dépend du niveau de garantie retenu tel que précisé au Certificat d'Adhésion.

2.2 POUR L'HOSPITALISATION

Versement d'une indemnité forfaitaire journalière fixée au Certificat d'Adhésion par période de 24 heures révolues d'hospitalisation indemnisable.

La 1ère hospitalisation doit intervenir dans les 10 jours consécutifs à l'Accident.

Cette indemnité est versée dans la limite de 180 jours à compter de la 1ère admission pour un même Accident. En cas de nouvelle hospitalisation due aux suites ou conséquences du même Accident et nécessitant au moins une nuit d'hospitalisation, le versement des indemnités pourra reprendre, dans la limite des 180 jours prévue ci-dessus si l'hospitalisation intervient moins de 6 mois après le dernier jour d'hospitalisation indemnisé.

2.3 OPTION Décès accidentel

En cas de Décès accidentel de l'assuré, le capital sera versé au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) si le décès survient uniquement et directement à la suite d'une blessure corporelle Accidentelle, dans les 365 jours consécutifs à celle-ci.

3. EXCLUSIONS

Sont exclues, de la garantie les conséquences :

- D'Accidents antérieurs à la date de prise d'effet de l'Adhésion ;
- D'une tentative de suicide ou le suicide durant la 1re année de souscription du contrat ou suivant une augmentation du capital garanti, uniquement sur la partie supplémentaire du capital souscrit ;
- De l'usage abusif de produits pharmaceutiques (absence ou non-respect d'ordonnance médicale) ;
- D'actes intentionnels ou illégaux de l'assuré ou de ses bénéficiaires, mutilations volontaires de l'Assuré ;
- De l'usage de drogues, de stupéfiants ou tranquillisants non prescrits médicalement ;
- D'Accident de la route au cours duquel l'Assuré présente un taux d'alcool dans le sang au moins égal au taux limite d'interdiction de conduire prévu à la réglementation française en vigueur au jour du sinistre, constaté par les forces de l'ordre et retranscrit par procès-verbal ;
- De luttes, duels, rixes (sauf cas de légitime défense) ;
- Directes ou indirectes de faits de guerres (civiles et étrangères), d'émeutes, d'actes de terrorisme, d'attentats, d'agressions ou de sabotage auxquels participe l'Assuré ;
- De la navigation aérienne comme pilote ou passager de tout appareil non muni d'un certificat de navigabilité ou conduit par un pilote ne possédant pas un brevet ou une licence valable pour l'appareil utilisé ;
- De l'utilisation inappropriée ou dangereuse de tout véhicule (électrique, moteur...) ;
- En cas de crise cardiaque et de rupture d'anévrisme ;
- De catastrophes naturelles, telles que tremblements de terre ou inondations ;
- De la désintégration du noyau atomique ;
- De la manipulation volontaire d'engins de guerre ou d'explosifs dont la détention est interdite ;
- De la pratique de sports extrêmes (saut à l'élastique, parachutisme, rafting...) ;
- De la pratique de sports aériens, automobiles ou motocyclistes à titre amateur ou professionnel et de tous les autres sports à titre professionnel ;
- D'Accidents ou le décès survenus dans le cadre d'une activité professionnelle.

Exclusions supplémentaires spécifiques à la garantie « Blessures » :

- Les Fractures et Brûlures autres que celles visées expressément au point 2.1 du présent règlement ;
- Les Brûlures codées T20.1, T21.1, T22.1, T23.1, T24.1, T25.1 et T31.0, T31.30, T31.40 et T31.50 selon la classification internationale des maladies, 10e révision ;
- Les Blessures survenues dans le cadre d'une activité professionnelle impliquant la manipulation de produits inflammables ;
- Exposition au soleil, aux ultraviolets, à tout appareil quelconque de bronzage artificiel.

4. MODALITÉS D'ADHÉSION

4.1 CONDITIONS D'ADHÉSION

Peut adhérer toute personne physique âgée de 18 à 75 ans au plus au 31 décembre de l'année de prise d'effet du contrat, résidant en France (Métropolitaine et DROM) ou en Principauté de Monaco lors de l'adhésion et qui est :

- Salarié cotisant ou ayant cotisé à l'Ircem Agirc-Arrco (retraite complémentaire) ou bénéficiaire d'une pension de retraite complémentaire versée par l'Ircem Agirc-Arrco (y compris pension de réversion) ou,
- Particulier employeur ou,
- Son conjoint, son concubin, son partenaire lié par un PACS.

4.2 PERSONNE ASSURÉE

La personne assurée est celle désignée sur la demande d'adhésion ou le certificat d'adhésion.

Le Membre Participant a la qualité d'Assuré.

4.3 FORMALITÉ D'ADHÉSION

Une demande d'adhésion doit être complétée et signée par le Membre Participant, et retournée accompagnée des pièces justificatives suivantes :

- la photocopie recto verso de la carte d'identité en cours de validité (ou les 4 premières pages du passeport ou de la carte de séjour ou du permis de conduire nouveau format uniquement
- un relevé d'identité bancaire,
- toute autorisation ou mandat de prélèvement dûment rempli.

Aucun questionnaire médical n'est exigé.

La signature de la demande d'adhésion peut être manuscrite ou électronique en cas de d'adhésion en ligne.

5. BÉNÉFICIAIRES

Le(s) bénéficiaire(s) sont désigné(s) par le Membre Participant au moment de l'adhésion ou en cours de contrat. **À défaut de désignation expresse, le capital en cas de décès d'un assuré est versé à son conjoint survivant, non séparé de corps, ni divorcé, ou son concubin, ou son partenaire pacsé, à défaut ses enfants reconnus et vivants par parts égales, à défaut ses ayants droits légaux. Sous réserve des droits propres du bénéficiaire acceptant, le Membre Participant peut modifier, à sa convenance et à tout moment, le ou les bénéficiaires. La désignation des bénéficiaires reste valable tant qu'elle n'a pas été annulée ou remplacée.**

Le Membre Participant peut procéder à tout moment à cette désignation de Bénéficiaire par tous moyens à sa convenance (acte sous seing privé ou acte authentique) mais aussi via l'espace client (messagerie) et le notifier par écrit à l'Ircem Mutuelle. Toute désignation de Bénéficiaire qui ne serait pas portée à la connaissance de l'Ircem Mutuelle lui sera inopposable.

Lorsque le Bénéficiaire est nommément désigné, le Membre Participant doit joindre les coordonnées de ce dernier qui seront utilisées par l'Ircem Mutuelle. Conformément aux dispositions législatives, l'Ircem Mutuelle est tenue de rechercher le(s) Bénéficiaire(s) désigné(s) sur le contrat.

Toute désignation du bénéficiaire devient irrévocable en cas d'acceptation par celui-ci du bénéfice du contrat. Dans ce cas, la modification de la désignation de bénéficiaire au profit d'une autre personne est impossible sans l'accord préalable du Bénéficiaire acceptant.

Le (ou les) Bénéficiaire(s) est(sont) inscrit(s) sur le certificat d'adhésion, ou sur un avenant en cas de modification du Bénéficiaire en cours de contrat.

Tant que l'adhérent est en vie, l'acceptation est faite par un avenant signé de l'Ircem Mutuelle, du Membre Participant et du Bénéficiaire. Elle peut également être faite par un acte authentique ou sous seing privé, signé du Membre Participant et du Bénéficiaire, et n'a alors d'effet à l'égard de l'Ircem Mutuelle que lorsqu'elle lui est notifiée par écrit.

Lorsque la désignation du Bénéficiaire est faite à titre gratuit, l'acceptation ne peut intervenir que trente jours au moins à compter du moment où l'adhérent est informé que le contrat d'assurance est conclu.

Le Membre Participant est tenu d'informer l'Ircem Mutuelle de toute modification le concernant ou visant le(s) bénéficiaire(s) qui interviendrait en cours de contrat et notamment le changement de domicile ou d'établissement hors de France Métropolitaine.

6. PRISE D'EFFET ET DURÉE

6.1 PRISE D'EFFET DE L'ADHÉSION

L'adhésion prend effet le premier jour du mois suivant la réception du dossier complet d'adhésion sous réserve du paiement de la première cotisation. Cette date d'effet est indiquée au Certificat d'adhésion.

6.2 PRISE D'EFFET DES GARANTIES

La garantie prend effet en même temps que l'adhésion.

6.3 DURÉE DE L'ADHÉSION

L'adhésion est conclue pour une durée d'un an, renouvelable par tacite reconduction au 1er janvier de chaque année, sauf résiliation prévue à l'article 8.

Elle prend fin de manière automatique l'année des 85 ans de l'Assuré.

7. CHANGEMENT DE NIVEAU DE GARANTIE

Le changement de niveau de garanties peut intervenir à tout moment, dès la première année d'adhésion, en prévenant l'Ircem Mutuelle par lettre recommandée ou tout autre support durable.

La modification sera effective au plus tôt à l'échéance mensuelle qui suit la demande.

Les nouvelles garanties choisies donnent lieu à l'application de nouvelles cotisations et à l'émission d'un avenant au certificat d'Adhésion.

Le changement de niveau de garantie, à la hausse ou à la baisse, est limité à une fois par an et ce jusqu'aux 85 ans de l'Assuré.

8. FIN DE L'ADHÉSION

En application de l'article L. 221-10-3 du Code de la mutualité, le Membre Participant peut, après la première année d'adhésion, mettre fin à son adhésion par :

- lettre ou tout autre support durable envoyée à l'Ircem Mutuelle,
 - par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'assureur,
 - par acte extrajudiciaire,
 - via le site www.Ircem.com, s'agissant d'un contrat pouvant être souscrit en ligne.
- La résiliation prend effet au plus tôt le premier jour du mois suivant la réception de la demande de résiliation.

L'adhésion prend fin :

- Au 1er janvier qui suit le 85e anniversaire du Membre Participant,
- Au décès du Membre Participant,
- En cas de non-paiement des cotisations selon les dispositions de l'article 9.2,
- De plein droit à la suite du changement de résidence principale et fiscale de l'Assuré en dehors de la France (Métropolitaine ou DROM) ou Principauté de Monaco,
- En cas de dénonciation par le Membre Participant dans les 30 jours suivant la réception du courrier d'information de la modification de son contrat.

Le Membre Participant peut mettre fin à son Adhésion par lettre ou tout autre support durable envoyé à tout moment. La résiliation prend effet au plus tôt le premier jour du mois suivant la réception de la demande de résiliation.

Le Membre Participant est tenu d'informer l'Ircem Mutuelle de toute modification le concernant ou visant le(s) bénéficiaire(s) qui interviendrait en cours de contrat.

Par ailleurs, l'Adhésion est déclarée nulle en cas de :

- Omission ou fausse déclaration intentionnelle à l'adhésion ou en cours de contrat,
- Fraude ou tentative de fraude pour obtenir des prestations indues.

La fin de l'adhésion entraîne la perte de tout droit à indemnisation.

9. COTISATIONS

9.1 PAIEMENT

En contrepartie des garanties choisies, le Membre Participant doit s'acquitter des cotisations correspondantes indiquées sur la demande d'adhésion ou sur le certificat d'adhésion ou tout avenant ultérieur et ce pendant toute la durée du contrat.

A l'adhésion un échéancier des cotisations pour les années à venir est envoyé au Membre Participant.

La périodicité des prélèvements est celle indiquée sur l'échéancier : mensuelle ou trimestrielle.

Elle peut être modifiée en cours d'adhésion, sur demande écrite. La modification s'appliquera le trimestre suivant la réception de la demande.

Les cotisations sont exprimées toutes taxes comprises, en euros et sont payables d'avance par prélèvement automatique. Le montant de la cotisation intègre l'assistance.

Le montant des cotisations est calculé au tarif en vigueur à la date d'adhésion en fonction du niveau de garanties souscrites et est fixée en fonction de l'âge à l'année d'appel.

La cotisation peut être révisée également dans les cas suivants :

- En cas d'augmentation des taxes en vigueur ou de création d'une nouvelle taxe. L'augmentation ou l'intégration de la nouvelle taxe dans la cotisation peut être immédiatement répercutée par l'assureur sur le montant de la cotisation.
- En considération de l'évolution globale des risques du portefeuille. Le Membre Participant sera informé de l'augmentation au moins 3 mois avant qu'elle ne prenne effet. L'augmentation résultera de la prise en compte de l'équilibre global du portefeuille et non de la situation individuelle du Membre Participant.

9.2 DÉFAUT DE PAIEMENT

En application de l'article L.221-7 du Code de la mutualité, à défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix jours suivant son échéance, et indépendamment du droit pour l'Ircem Mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la garantie sera suspendue trente jours après l'envoi d'une mise en demeure au Membre Participant.

L'Ircem Mutuelle a le droit de résilier ses garanties dix jours après l'expiration du délai de trente jours prévu ci-dessus.

Lors de la mise en demeure, le Membre Participant est informé qu'à l'expiration du délai de quarante jours, le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation des garanties. La garantie non résiliée reprend ses effets pour l'avenir, à midi, le lendemain du jour où a été payée à l'Ircem Mutuelle la cotisation arriérée, ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

10. PIÈCES JUSTIFICATIVES

L'Ircem Mutuelle versera les indemnités journalières et le capital garanti dans les 30 jours suivant la réception des pièces justificatives, sous réserve de l'acceptation de l'Ircem Mutuelle :

- au Membre Participant en cas de blessure couverte par le présent contrat,
- aux Bénéficiaires en cas de Décès accidentel de l'Assuré,
- au Membre Participant en cas d'hospitalisation accidentelle.

Pour permettre de définir le capital à verser au Membre Participant en cas de Brûlure couverte par la garantie, le formulaire de déclaration de sinistre envoyé à l'Ircem Mutuelle par l'Assuré devra préciser le code T31 correspondant à l'étendue de la brûlure. Si seul le code de T20 à T25 est précisé, le capital versé sera alors le capital minimum prévu par la garantie selon le niveau de garantie choisi.

La demande de versement du capital doit être faite par écrit auprès d'Ircem Mutuelle Service Gestion des Accords - 261, avenue des Nations Unies - BP 593 - 59060 Roubaix Cedex 1. Dès réception de celle-ci, Ircem Mutuelle enverra les formulaires nécessaires à la justification de la demande, accompagnés de la liste des pièces justificatives nécessaires ainsi que des pièces nécessaires figurant dans la liste ci-dessous :

Le formulaire de déclaration de sinistre (fourni par Ircem Mutuelle lors de la demande d'indemnisation) dûment complété et signé par le médecin.

Pièces supplémentaires à fournir en cas d'hospitalisation :

- la déclaration d'hospitalisation (dont le formulaire est fourni par l'Ircem Mutuelle sur simple demande),
- en cas d'hospitalisation en soins intensifs une attestation de l'établissement hospitalier,
- un bulletin de situation hospitalière tous les 15 jours,
- au plus tard dans les 3 semaines suivant la sortie de l'hôpital, une copie du bulletin de sortie mentionnant les dates d'entrée et de sortie de l'établissement hospitalier ainsi que les services dans lesquels le Membre Participant a séjourné.

Pièces supplémentaires à fournir en cas de blessure :

- une copie des comptes rendus d'imagerie médicale (radiographies, scanner, IRM, autre),
- le cas échéant, la copie des comptes rendus d'hospitalisation et d'intervention.

Dans tous les cas, le Médecin-Conseil d'Ircem Mutuelle se réserve le droit de solliciter toutes pièces complémentaires et de faire procéder à toute expertise qu'il jugerait utile pour prendre sa décision.

Pièces supplémentaires à fournir en cas de Décès accidentel :

- a) Le compte-rendu d'intervention des services d'urgences (SMUR, SAMU),
- b) Un extrait de l'acte de décès (délivré par la mairie du lieu de décès),
- c) Un certificat médical précisant la cause exacte du décès.
- d) Le procès-verbal de gendarmerie ou de police (le cas échéant),
- e) Le compte-rendu d'examen,
- f) Une déclaration d'Accident (nature, circonstances, date et lieu de l'Accident),
- g) L'acte de notoriété ou le certificat d'hérédité.

11. ÉTENDUE TERRITORIALE

Les garanties du contrat s'exercent dans le Monde entier (sauf pays en guerre). Le paiement du capital et le prélèvement des cotisations sont toujours effectués en France (Métropolitaine et DROM) ou en Principauté de Monaco, dans la monnaie ayant cours légal dans le Pays.

12. FACULTÉ DE RENONCIATION

Le Membre Participant peut renoncer à son adhésion dans les 14 jours suivant la date d'effet de celle-ci :

- Par courrier ou tout autre support durable envoyé à l'Ircem Mutuelle - Service Assurances de Personnes - 261 avenue des Nations Unies - 59672 Roubaix Cedex 1 et rédigé à l'avance comme suit : « Je soussigné(e), [nom et prénom], demande à renoncer à mon adhésion n° : et à recevoir le remboursement total des cotisations déjà versées. »
- En ligne, sur le site www.Ircem.com, rubrique "Résiliation et renonciation au contrat".

À compter de la réception de la lettre, les garanties prendront fin rétroactivement et le Membre Participant se verra rembourser les cotisations éventuellement versées, déduction faite des éventuelles prestations déjà versées par l'Ircem Mutuelle.

13. PRESCRIPTION

La prescription est la période au-delà de laquelle aucune réclamation n'est plus recevable.

Aux termes de l'article L.221-11 du Code de la mutualité :

« Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Par exception, les actions dérivant d'un contrat d'assurance relatives à des dommages résultant de mouvements de terrain consécutifs à la sécheresse-réhydratation des sols, reconnus comme une catastrophe naturelle dans les conditions prévues à l'article L.125-1, sont prescrites par cinq 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. »

Aux termes de l'article L.114-2 du Code des assurances, « la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription

de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, 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. »

Les causes d'interruption ordinaires sont les suivantes :

- toute assignation ou citation en justice, même en référé
- tout acte d'exécution forcée
- toute reconnaissance par l'assureur du droit à garantie de l'Assuré
- toute reconnaissance de dette de l'Assuré envers l'assureur
- une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution.

14. PROTECTION DES DONNÉES

Les données à caractère personnel recueillies sont nécessaires à la gestion et l'exécution de votre contrat et sont destinées à l'Ircem Mutuelle. Elles pourront être transmises à ses partenaires contractuellement liés ainsi qu'aux entités membres du Groupe Ircem. Ces partenaires s'engagent à respecter la protection des données personnelles. Ces données sont par ailleurs nécessaires à l'Ircem Mutuelle pour vous proposer les solutions les plus adaptées à vos besoins. Ce traitement de données est fondé sur l'exécution du contrat. Toute information vous concernant peut faire l'objet d'un traitement dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme. Ce traitement est fondé sur le respect d'une obligation légale à laquelle nous sommes soumis (article 9,1°, c) du RGPD). Toute information vous concernant peut également faire l'objet d'un traitement relatif à la lutte contre la fraude. Ce traitement est effectué dans le cadre de l'intérêt légitime de l'Ircem Mutuelle qui a pour obligation de protéger la mutualité des assurés (article 6,1°, f) du RGPD).

Par ailleurs, vos données à caractère personnel sont utilisées pour l'élaboration de statistiques y compris commerciales, d'études actuarielles ou autres analyses de recherche, d'audit, de contrôle et de développement. Ces données seront conservées pour la durée du contrat et au-delà de cette durée conformément aux délais légaux de prescription. Conformément à la législation en vigueur, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, à la portabilité et d'effacement sur les données personnelles vous concernant, ainsi qu'un droit d'opposition à leurs traitements. Si vous souhaitez exercer vos droits, vous pouvez écrire, à l'attention du Délégué à la protection des données, au Groupe Ircem, 261 avenue des Nations Unies, 59672 Roubaix Cedex 1, en indiquant vos nom, prénom, adresse, email et si possible votre référence client afin d'accélérer la prise en compte de votre demande. Votre groupe de protection sociale conserve vos données après votre décès pour l'exécution du contrat et jusqu'au délai de prescription afin de prouver la bonne exécution du contrat. Pour toutes les données qui ne sont pas nécessaires à l'exécution de votre contrat, nous vous rappelons que vous disposez d'un droit de maîtrise de vos données post-mortem. Cela signifie que vous pouvez nous transmettre vos directives concernant la conservation, l'effacement et la communication de vos données après votre décès. Pour toute question relative à la gestion de vos données personnelles, vous pouvez adresser un email à l'adresse suivante : dpo@Ircem.org. Pour les traitements mis en oeuvre aux seules fins de la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme, le droit d'accès aux données s'exerce auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, TSA 80715, 3, PL de Fontenoy, 75334 Paris.

15. ACTION SOCIALE

En tant que Membre Participant, vous pouvez bénéficier de l'Action sociale de l'Ircem Mutuelle. En cas de difficultés de la vie, vous pouvez le cas échéant, sous réserve de l'admission de votre dossier, bénéficier d'un dispositif d'aides.

Des solutions adaptées à votre situation vous seront proposées via notre service en ligne «Diagnostic d'Aide Sociale» disponible sur le site www.Ircem.com

16. RÉCLAMATION

Une réclamation est l'expression d'un mécontentement envers un professionnel quel que soit l'interlocuteur ou le service auprès duquel elle est formulée. Elle peut émaner de toute personne, y compris en l'absence de relation contractualisée avec le professionnel : clients (particuliers ou professionnels), anciens clients, bénéficiaires, personnes ayant sollicité du professionnel la fourniture d'un produit ou service ou qui ont été sollicitées par un professionnel, y compris leurs mandataires et leurs ayants droit. Une demande de service ou de prestation, d'information ou d'avis n'est pas une réclamation.

En cas de mécontentement, vous pouvez adresser votre réclamation :

- Sur le site internet www.Ircem.com, rubrique Réclamations ;
- Par courriel adressé à serviceclientqualite@Ircem.org ;
- Par courrier à l'adresse suivante : Groupe Ircem - Service Client Qualité - 261 avenue des Nations Unies - 59672 Roubaix Cedex 1.

Nous accusons réception de votre réclamation, dans les 10 jours ouvrés à compter de sa réception (sauf si la réponse vous a été apportée dans ce délai). Dans tous les cas, nous nous engageons à vous apporter une réponse définitive dans un délai maximum de 2 mois entre l'envoi de votre réclamation et notre réponse définitive. À réception de la réponse du Service Client Qualité, si le désaccord persiste, vous avez la possibilité de saisir le médiateur externe, sans préjudice d'une action ultérieure devant le tribunal compétent. Par ailleurs, vous pouvez également le saisir dans le cas où le Groupe Ircem ne respecterait pas le délai de 2 mois maximum pour traiter votre réclamation. La Médiation de la protection sociale est une instance indépendante dont le Médiateur a été agréé par la Commission d'évaluation et de contrôle de la médiation de la consommation placée auprès du ministre chargé de l'économie et prévue par les articles L.615-1 et suivants et R.615-1 et suivants

du Code de la consommation. Le Médiateur appréciera votre demande gratuitement et en toute confidentialité, en droit, éventuellement en équité, dans les conditions strictement spécifiées dans le dernier Rapport annuel du Médiateur. La saisine du Médiateur s'opère par voie postale ou par voie électronique. Votre demande doit comprendre un exposé des motifs de désaccord ainsi que les références de dossier citées dans les courriers de réponse précédemment envoyés par le Groupe Ircem ou à défaut les copies desdits courriers. Pour formuler votre demande, plusieurs possibilités s'offrent à vous :

- Sur le site <https://fips-paritaire.fr/>, rubrique «Médiateur de la protection sociale (FIPS)»
- Par courrier à l'adresse suivante : «Médiation de la protection sociale (FIPS) 10, rue Cambacérès 75008 Paris».

17. LOI ET LANGUE APPLICABLES

La loi applicable aux relations précontractuelles et au présent Contrat est la loi française. Toute communication avec l'Assuré est faite en langue française.

18. ORGANISME DE CONTRÔLE

L'Ircem Mutuelle relève de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4, place de Budapest, 75436 Paris Cedex 09.

19. COMMUNICATION ÉLECTRONIQUE

En application de l'article L. 221-6-5 du Code de la mutualité, si l'Assuré a communiqué une adresse de messagerie électronique ayant fait l'objet d'une vérification préalable, l'Ircem Mutuelle utilisera cette adresse pour la poursuite des relations avec l'Assuré afin de lui adresser certaines informations ou documents relatifs à son contrat.

L'Assuré dispose du droit de s'opposer, à tout moment, par tout moyen et sans frais, à l'utilisation d'un support durable autre que le papier et peut demander qu'un support papier soit utilisé de façon exclusive pour la poursuite de ses relations avec l'Ircem Mutuelle.

20. LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DE CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME

L'Ircem Mutuelle s'engage à respecter l'ensemble des obligations légales et réglementaires relatives à la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme.

Afin de répondre aux obligations de contrôle à la charge de la Mutuelle dans le cadre du dispositif de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, l'Ircem Mutuelle pourra être amenée à demander, à l'adhésion ou en cours d'adhésion, des informations et justificatifs complémentaires.

21. VOS DÉCLARATIONS

L'adhésion est conclue sur la base des déclarations du Membre Participant. Celui-ci est tenu de répondre exactement à toutes les questions posées par l'assureur (article L. 113-2 du Code des assurances).

- Toute réticence, fausse déclaration, omission ou inexactitude, dans les déclarations à l'adhésion ainsi qu'en cours de vie du contrat, selon qu'elle est intentionnelle ou non, peut nous amener à prendre les sanctions ci-dessous.
- Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraîne la nullité du contrat, conformément aux dispositions de l'article L. 113-8 du Code des Assurances (le contrat est considéré comme n'ayant jamais existé).
- Toute omission ou inexactitude non intentionnelle dans les déclarations entraîne l'application de l'article L. 113-9 du Code des assurances (réduction de l'indemnité en cas de sinistre, en proportion des cotisations payées par rapport aux cotisations qui auraient été dues si les risques avaient été exactement et complètement déclarés).

Si, dans le cadre d'un sinistre, l'Assuré fait une ou plusieurs fausses déclarations ou exagère le montant des frais, préjudices, emploie comme justification des documents inexacts ou use de moyens frauduleux, il perd pour ce sinistre le bénéfice des garanties du contrat. Il en va de même pour les bénéficiaires qui demanderaient indûment une prestation au titre d'une garantie décès de l'assuré.

Toute somme indûment versée fera l'objet d'une action aux fins de remboursement, et le cas échéant de suites judiciaires.

En cas d'événement mettant en jeu le présent contrat, le Membre Participant (ou les bénéficiaires) sont tenus de déclarer à l'assureur l'existence des autres contrats d'assurance à caractère indemnitaire et/ou forfaitaire couvrant le même risque.

22. L'ADHÉSION PAR VOIE TÉLÉPHONIQUE

Le contrat est conclu par échange de consentement oral avec signature écrite (sauf dispositions spécifiques prévues à l'article L. 112-2-2 du Code des assurances). Lors de l'entretien téléphonique les caractéristiques de l'adhésion et du contrat sont présentées au Membre Participant. Les informations précontractuelles et contractuelles lui sont adressées par voie postale ou par e-mail.

Les parties conviennent que les enregistrements des conversations sont conservés par l'assureur et qu'ils constituent une preuve de l'identité du Membre Participant, de la teneur du contrat, des moyens de paiement de la cotisation d'assurance et des opérations effectuées en cours de contrat.

De manière générale, les parties conviennent qu'un document électronique peut constituer un mode de preuve au même titre qu'un support papier et ce, quand bien même la preuve apportée par le Membre Participant consisterait en un document établi sur support papier.

23. L'ADHÉSION PAR INTERNET

L'adhésion est réalisée sur la base des renseignements fournis le Membre Participant qui donne lieu à l'établissement d'une proposition d'assurance.

A chaque étape qui précède la signature en ligne du contrat, le Membre Participant dispose de la possibilité de modifier les éléments saisis ou d'abandonner la procédure.

Après avoir pris connaissance des dispositions contractuelles, la proposition d'assurance est validée par l'Adhérent par la validation des cases à cocher et le clic sur le bouton « Confirmer ».

Dès validation de l'adhésion, la demande d'adhésion qui matérialise l'acceptation de l'assureur est émise.

Un e-mail de confirmation est adressé au Membre Participant par l'assureur.

En cas de contestation, seules ces informations fournies à l'Adhérent (proposition, Règlement Mutualiste, demande d'adhésion) ont valeur probante.

Chaque document contractuel mis à la disposition du Membre Participant lors de l'adhésion peut faire l'objet d'une impression sur support papier et d'un enregistrement au format PDF sur le disque dur de son ordinateur.

Ces documents sont accessibles à tout moment dans l'espace personnel de l'Adhérent, pendant un délai conforme aux exigences légales.

Les données fournies par l'utilisateur de ce site internet ainsi que les écrits électroniques ont la même valeur probante qu'un écrit manuscrit.

Les informations fournies sont susceptibles d'être produites en tant que preuve devant la juridiction compétente en cas de litige entre les parties.

Les parties acceptent que les données stockées et archivées par voie informatique constituent la preuve des actes passés en ligne par l'utilisateur. L'assureur peut se prévaloir à titre de preuve d'un document électronique au même titre qu'un support papier et ce, quand bien même la preuve apportée par le Membre Participant consisterait en un document établi sur support papier.

NOTICE D'INFORMATION

Valant conditions générales Ircem assistance Accident n°0804630

NOTICE D'INFORMATION

Valant conditions générales Ircem assistance Accident n°0804630

Le présent contrat d'assurance et d'assistance (ci-après dénommé le « Contrat ») est assuré par INTER PARTNER ASSISTANCE, Société Anonyme de droit belge au capital de 180 702 613 €, entreprise d'assurance non-vie agréée par la Banque Nationale de Belgique (0487), immatriculée au Registre des Personnes Morales de Bruxelles sous le numéro 415 591 055, dont le siège social est situé 7 Boulevard du Régent 1000 Bruxelles – Bruxelles Capitale – Belgique, prise au travers de sa succursale française immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Nanterre sous le numéro 316 139 500, IDU N°FR322155_01UWGT et située 8-10, rue Paul Vaillant Couturier 92240 Malakoff (ci-après dénommé l'« Assisteur » ou « AXA »).

INTER PARTNER ASSISTANCE, société du Groupe AXA, intervient sous la marque AXA.

PRÉAMBULE - OBJET

La présente Notice valant Conditions générales a pour objet de définir les termes et les conditions de mise en application par l'Assisteur des garanties du Contrat Ircem Assistance Garantie Accident accordées à toute personne bénéficiaire, dans les limites et conditions définies ci-après. Elle détaille les garanties dont vous pouvez bénéficier ainsi que leurs modalités de mise en œuvre.

Dans le présent Contrat, les mots et expressions ayant la première lettre en majuscule sont définis au sein de la PARTIE 1. « DEFINITIONS ».

Ce contrat est distribué et géré par

- UNI SANTE PREVOYANCE, immatriculée en tant que courtier d'assurance auprès de l'Orias (www.orias.fr) sous le numéro 07025792, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés sous le numéro B 410 503 429 R.C.S. Reims et dont le siège social est situé 34 Rue des Moulins 51100 Reims ;

- Et Ircem MUTUELLE, Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, inscrite au répertoire SIRENE sous le N°438 301 186, dont le siège social est situé 261 Avenue des Nations Unies 59100 Roubaix

Votre Contrat est constitué des présentes Conditions générales et de vos Conditions Particulières. Il est rédigé en langue française et régi par le Code des assurances français.

1. CONDITIONS ET MODALITÉS DES GARANTIES

1.1 PRISE D'EFFET DE VOTRE CONTRAT

Les présentes garanties d'assistance sont incluses dans votre contrat d'assurance Garantie Accident Ircem et vous sont donc acquises le jour de la souscription de celui-ci, sous réserve du paiement effectif de la cotisation correspondante.

Elles sont liées à votre contrat d'assurance Garantie Accident Ircem et suivent le sort de ce dernier aussi bien pour ce qui concerne la date d'effet, la durée, le renouvellement, l'évolution de la cotisation et la résiliation. Les présentes garanties cessent donc de produire leurs effets en cas de résiliation de votre contrat d'assurance Garantie Accident.

1.2 TERRITORIALITÉ

Les garanties s'exercent en France métropolitaine sauf pour la prestation 3.2.2 Rapatriement médical qui s'exercent dans le Monde entier.

1.3 PRIME

Le Souscripteur s'engage à payer la prime d'assurance due en contrepartie de la couverture. La prime d'effet des garanties est subordonnée à l'encaissement effectif de la prime.

1.3.1 Paiement de la prime

Le montant de la prime ainsi que ses modalités de paiement sont prévus dans Votre Contrat. Toutes les primes (ou fractions de primes) doivent être payées dans les 10 jours qui suivent leur échéance.

1.3.2 Défaut de paiement

En cas de défaut de paiement de la prime ou d'une fraction de la prime dans les dix (10) jours calendaires qui suivent son échéance, une relance sera envoyée à l'Adhérent par lettre recommandée. Si dans les trente (30) jours calendaires qui suivent son envoi, la(les) prime(s) ou la(les) fraction(s) de prime due n'est toujours pas payée, les garanties seront suspendues et si la prime n'est toujours pas réglée dans les dix (10) jours calendaires qui suivent la date de suspension des garanties, AXA Assistance pourra résilier le Contrat.

1.3.3 Modification de la prime

1.3.3.1 Indexation à l'échéance

Il sera appliqué chaque année à la prime une indexation sur la base de la variation annuelle de l'indice de l'INSEE au 30 juin « Salaires, revenus et charges sociales – Salaire horaire de base de l'ensemble des ouvriers (indice trimestriel) – Regroupements spéciaux – Tertiaire – Identifiant : 001567411 ». L'indexation du tarif sera effectuée automatiquement au 1er janvier de chaque exercice.

En cas de disparition de cet indice, les Parties conviennent de lui substituer l'indice correspondant établi par l'INSEE ou tout autre organisme similaire

1.3.3.2 Hors indexation

Nous pouvons être amenés à modifier le tarif applicable à vos garanties en fonction de circonstances techniques indépendantes de la variation du régime des taxes.

Votre prime est alors modifiée dans la même proportion, à la première échéance principale qui suit cette modification. Vous en serez informé par votre appel de prime précisant son nouveau montant.

Si vous n'acceptez pas cette augmentation, vous pouvez résilier le contrat, par lettre recommandée avec avis de réception, dans les 15 jours suivant celui ou vous en avez été informé.

La résiliation sera effective 30 jours après votre demande, le cachet de la poste faisant foi. Vous devrez cependant nous régler une part de prime calculée à l'ancien tarif, pour la période coulée entre la dernière échéance et la date d'effet de la résiliation.

1.4 MISE EN JEU DES GARANTIES

1.4.1 Qui dois-je contacter en cas de sinistre ?

Pour obtenir les prestations d'assistance Garantie Accident en cas de difficulté consécutive à un fait garanti, vous devez contacter immédiatement l'Assisteur par téléphone au numéro suivant :

+33 (0)1 55 92 14 63 (tapez 1) (coût d'un appel local à la charge du Bénéficiaire).

Seules les prestations d'assistance que vous avez avancées avec notre accord préalable peuvent vous être remboursées, en envoyant les justificatifs originaux et le numéro de dossier correspondant à :

AXA Assistance - Service Gestion des Règlements
8-10, rue Paul Vaillant Couturier 92240 Malakoff

L'organisation par le Bénéficiaire ou par son entourage de tout ou partie des garanties d'assistance prévues au Contrat sans l'accord préalable de l'Assisteur, matérialisé par un numéro de dossier, ne peut donner lieu à aucun remboursement.

L'Assisteur se réserve la faculté de réclamer des pièces complémentaires pour la constitution du dossier sinistre.

Tous les règlements effectués par l'Assisteur au titre du Contrat sont effectués en euros. Si le montant de l'indemnité a été fixé en monnaie étrangère, le règlement est effectué en euros au taux de change officiel au jour du règlement.

Si nécessaire, l'Assisteur se réserve le droit de soumettre le Bénéficiaire, aux frais de l'Assisteur, à un contrôle médical.

1.4.2 Limitations de responsabilité

Nous nous engageons à mobiliser tous les moyens dont nous disposons pour mettre en œuvre les prestations et garanties du Contrat. En effet, notre engagement repose sur une obligation de moyens et non de résultat.

Nous ne pouvons pas nous substituer aux organismes locaux ou nationaux de secours d'urgence ou de recherche et nous ne prenons pas en charge les frais relatifs à leur intervention, sauf mention contractuelle contraire.

Nous ne pouvons être tenus pour responsable de la non-exécution ou des retards d'exécution des garanties provoqués par la Guerre civile ou étrangère déclarée ou non, la mobilisation générale, toute réquisition des hommes et/ou du matériel par les autorités, tout acte de sabotage ou de Terrorisme, tout conflit social tel que grève, émeute, mouvement populaire, toute restriction à la libre circulation des biens et des personnes, les cataclysmes naturels, les effets de la radioactivité, les Epidémies, tout risque infectieux ou chimique, tous les cas de force majeure.

Nous ne pouvons être tenus pour responsable d'un quelconque dommage à caractère professionnel ou commercial que vous avez subi à la suite d'un fait garanti ayant nécessité notre intervention.

1.4.3 Sanctions - Embargo

AXA ne sera pas tenue de fournir une couverture, de régler un sinistre ou de fournir une prestation au titre des présentes dans le cas où la fourniture d'une telle couverture, le règlement d'un tel sinistre ou la fourniture d'un tel service exposerait AXA à une quelconque sanction ou restriction en vertu d'une résolution des Nations Unies ou en vertu des sanctions, lois ou embargos commerciaux et économiques de l'Union Européenne, du Royaume Uni ou des Etats-Unis d'Amérique.

1.4.4 Vos engagements

Vous vous engagez à vous conformer aux solutions préconisées et à nous fournir tout élément permettant de justifier le bien-fondé de votre demande.

Lorsque nous sommes amenés à organiser et à prendre en charge votre transport, vous vous engagez :

- Soit à nous réserver le droit d'utiliser votre titre de transport initial ;

- Soit à nous réserver le remboursement que vous avez obtenu auprès de l'émetteur du titre de transport.

1.4.5 Déchéance des garanties

Le non-respect par le Bénéficiaire de ses obligations envers l'Assisteur en cours du Contrat entraîne la déchéance de ses droits tels que prévus au présent Contrat.

2. DÉFINITIONS

Dans la présente notice, les mots et expressions ayant la première lettre en majuscule et listés ci-dessous ont la signification qui suit :

Atteinte corporelle : Accident corporel dont la nature risque de porter atteinte à la vie de l'Assuré ou d'engendrer à brève échéance, une aggravation majeure de son état de santé si des soins adéquats ne lui sont pas prodigués immédiatement.

Accident corporel on entend toute Atteinte corporelle provenant de l'action soudaine et violente d'une cause extérieure, imprévisible et indépendante de la volonté de l'Assuré.

Bénéficiaires/Vous : Toute personne physique ayant la qualité de Membre Participant ou d'Assuré de l'Ircem Mutuelle et déclarée préalablement par l'Ircem à ce titre à l'Assisteur.

Animaux domestiques : Animaux familiers (chiens et chats uniquement et 2 maximum) vivant habituellement au Domicile du Bénéficiaire et à sa charge, et dont le carnet de vaccination est à jour conformément à la réglementation en vigueur. Ne sont pas considérés comme Animaux domestiques, les chiens dangereux de la catégorie «chien d'attaque».

Autorité médicale : toute personne titulaire d'un diplôme de médecine ou de chirurgie en état de validité dans le pays où se trouve l'Assuré.

Déficit fonctionnel permanent (Atteinte permanente à l'Intégrité Physique et Psychique constitutif d'un Déficit Fonctionnel Permanent) : Ce sont les séquelles permanentes gardées à la suite de l'Accident, à savoir la réduction définitive du potentiel physique, psycho-sensoriel ou intellectuel résultant de l'atteinte à l'intégrité anatomo-physiologique médicalement constatable, à laquelle s'ajoutent les douleurs qui ont pris un caractère pérenne et les répercussions psychologiques, normalement liées à l'atteinte séquellaire décrite ainsi que les conséquences habituellement et objectivement liées à cette atteinte dans la vie de tous les jours.

Il est évalué par le médecin-conseil de l'Assureur de votre Contrat d'assurance Ircem.

Domicile : Lieu de résidence principal et habituel du Bénéficiaire mentionné comme Domicile dans son adhésion. Il est situé en France telle que définie ci-après.

Equipe médicale : structure d'assistance médicale qu'AXA met à disposition et adapte à chaque cas particulier.

Etranger : tout pays en dehors du pays du Domicile de l'Assuré.

Force Majeure : événement imprévisible et irrésistible qui est d'origine extérieure au débiteur de l'obligation.

Frais de séjour : Frais d'hôtels (petit-déjeuner inclus) et de taxi, nécessaires à la mise en œuvre des prestations qu'AXA organise et prend en charge au titre du présent Contrat. Toute solution de logement provisoire qu'AXA n'aurait pas organisée ne peut donner lieu à un quelconque dédommagement.

France : France métropolitaine y compris la Corse

Franchise : part des dommages qui restent à la charge de l'Assuré.

Hospitalisation : Séjour de plus de 2 jours dans un établissement de soins public ou privé, prescrit médicalement, pour un traitement médical ou chirurgical à la suite d'une altération brutale de la santé du Bénéficiaire ayant pour cause un Accident corporel.

Hospitalisation imprévue : Toute Hospitalisation consécutive à un Accident corporel.

Immobilisation : Obligation de demeurer au Domicile d'une durée minimale mentionnée dans les garanties, médicalement prescrite, à la suite d'une Maladie ou d'un Accident corporel.

Membre de la famille : Ascendants et descendants au premier degré, Conjoint de droit ou de fait ou toute personne liée au Bénéficiaire par un PACS, frères, sœurs, beaux-parents, beaux-frères, belles-sœurs du Bénéficiaire domiciliés dans le même pays que le Bénéficiaire.

Proche : Toute personne physique désignée par le Bénéficiaire ou un de ses ayants droit et domiciliée dans le même pays que le Bénéficiaire.

Seuil d'intervention : Il s'agit du taux de Déficit fonctionnel permanent d'un assuré en deçà duquel nous n'intervenons pas. Nous intervenons pour un Accident garanti si le Taux de déficit fonctionnel permanent imputable à cet Accident est égal ou supérieur à 1 %.

Structure médicale : structure publique ou privée adaptée à chaque cas particulier et définie par notre Equipe médicale.

Territorialité : Il s'agit de la zone géographique, précisée à l'article 1.2, dans laquelle les prestations garanties peuvent être servies.

Titre de transport : Dans le cadre des transports publics de voyageurs, il désigne le document qui permet à l'Assuré de justifier du paiement du transport.

Déplacement : désigne les déplacements à titre privé ou professionnel effectués en France ou de moins de 90 jours consécutifs à l'Etranger.

3. PRÉSENTATION DES GARANTIES

3.1 TABLEAU DES GARANTIES

Garanties	Plafonds
Garanties d'assistance en cas d'Accident	
• Informations administratives et sociales, • Coordonnées de services d'urgence, d'association de soutien, • Démarches administratives...	NA
Rapatriement médical	Frais réel
Frais médicaux à l'Etranger	Dans la limite de 7 623€ Frais dentaires : dans la limite de 153€ max Franchise 45€ par événement
Garanties d'assistance après Accident	
Aide-ménagère ou auxiliaire de vie	40 heures max
Présence d'un Proche au chevet	Transport A/R + 80€ par nuit / 6 nuits max
Soutien psychologique	6 entretiens téléphonique max
Garanties d'assistance en cas de Handicap	
Accompagnement dans la constitution de dossiers d'aides publiques	1 évaluation de la situation par téléphone
Bilan situationnel	1 bilan des capacités physiques et mentales Intervention d'un expert limité à 460€ maximum
Aide à l'adaptation du Logement	Organisation du service
Aide à l'adaptation du véhicule	Organisation du service

3.2 TABLEAU DES GARANTIES

3.2.1 Informations administratives et sociales

AXA met à la disposition des Bénéficiaires ou de leurs Proches, un service d'informations téléphonique accessible du **lundi au vendredi, sauf jours fériés, de 9h30 à 19h30**.

Selon les cas, AXA devra nous documenter ou effectuer des recherches et rappeler le Bénéficiaire afin de lui communiquer les renseignements nécessaires.

Les renseignements fournis **sont d'ordre documentaire et notre responsabilité ne pourra, en aucun cas, être engagée dans le cas d'une interprétation inexacte des informations transmises.**

Les thèmes sont les suivants :

- Régime de protection social et retraite,
- Assurance maladie,
- Démarches administratives,
- Accidents du travail,
- Médecine légale,
- Sport et santé,
- Services d'urgence,
- Hôpital : fonctionnement, droits des malades,
- Dons d'organes, transplantations et greffes, transfusions sanguines,
- Associations de patients,
- Gériatrie,
- Aide au maintien à domicile des personnes âgées,
- Etablissements spécialisés (rééducation, désintoxication, thermalisme, etc),
- Habitation,
- Impôts, fiscalité,
- Assurance vie,
- Famille,
- Adoption,
- Successions,
- Prestations familiales,
- Congés parentaux,
- Allocations

3.2.2 Rapatriement médical

En cas d'Accident corporel lors d'un Déplacement à l'Etranger de moins de 90 jours consécutifs, les médecins d'AXA contactent les médecins traitants sur place et prennent les décisions les mieux adaptées en fonction de l'état du Bénéficiaire, des informations recueillies et des seules exigences médicales.

Si l'équipe médicale d'AXA recommande le rapatriement du Bénéficiaire, AXA organise et

prend en charge sa réalisation en fonction des seuls impératifs médicaux retenus par son équipe médicale.

La destination de rapatriement est :

- Soit un centre de soins adapté de proximité ;
- Soit un centre hospitalier dans un pays limitrophe ;
- Soit le centre hospitalier le plus proche du Domicile du Bénéficiaire.

Si le Bénéficiaire est hospitalisé dans un centre de soins hors du secteur hospitalier de son Domicile, AXA organise, le moment venu, son retour après consolidation médicalement constatée et prend en charge son transfert à son Domicile.

Les moyens de rapatriement peuvent être le véhicule sanitaire léger, l'ambulance, le train, l'avion de ligne, l'avion sanitaire.

Le choix final du lieu d'Hospitalisation, de la date, de la nécessité de l'accompagnement du Bénéficiaire et des moyens utilisés relève exclusivement de la décision de l'équipe médicale d'AXA.

Tout refus de la solution proposée par l'équipe médicale d'AXA entraîne l'annulation de la garantie d'assistance aux personnes.

3.2.3 Rapatriement médical

Outre les exclusions générales applicables à chacune des garanties, sont exclus et ne pourront donner lieu à notre intervention, ni faire l'objet d'une indemnisation à quelque titre que ce soit :

- ✗ **Toutes interventions et/ou remboursements relatifs à des bilans médicaux, check-up, dépistages à titre préventif ;**
- ✗ **Les affections ou lésions bénignes qui peuvent être traitées sur place et qui ne vous empêchent pas de poursuivre votre déplacement ;**
- ✗ **Les convalescences, les affections en cours de traitement et non encore consolidées et/ou nécessitant des soins ultérieurs programmés ;**
- ✗ **Les maladies ou blessures préexistantes, diagnostiquées et/ou traitées et ayant fait l'objet d'une consultation médicale ou d'une hospitalisation dans les six (6) mois avant la date de demande d'assistance ;**
- ✗ **Les suites éventuelles (contrôle, compléments de traitements, récidives) d'une affection ayant donné lieu à un rapatriement ;**
- ✗ **Les suites de la grossesse : accouchement, césarienne, soins au nouveau-né ;**
- ✗ **Les interruptions volontaires de grossesse ;**
- ✗ **La chirurgie esthétique ;**
- ✗ **Les tentatives de suicide et leurs conséquences ;**
- ✗ **Les voyages entrepris dans un but de diagnostic et/ou de traitement ;**
- ✗ **Les conséquences du défaut, de l'impossibilité ou des suites de vaccination ou de traitement nécessité ou imposé par un déplacement ou un voyage ;**
- ✗ **Les transports répétitifs nécessités par votre état de santé.**

3.2.4 Assurances des Frais médicaux à l'Etranger

La garantie ci-après est acquise uniquement lorsque le Bénéficiaire est affilié à une caisse d'assurance maladie et / ou tout autre régime de prévoyance individuelle ou collective le garantissant pour le remboursement des frais médicaux et d'Hospitalisation.

A. Objet de la garantie

Le Bénéficiaire est garanti pour le remboursement de ses frais médicaux et/ ou d'Hospitalisation consécutifs à un Accident corporel survenu et constaté à l'Etranger pendant son Déplacement, et restant à sa charge après intervention de la caisse d'assurance maladie, de sa mutuelle et / ou de tout autre organisme de prévoyance individuelle ou collective dont il bénéficie.

Dans le cas où ces organismes payeurs ne prendraient pas en charge les frais médicaux et / ou d'Hospitalisation engagés, AXA rembourse au Bénéficiaire ces frais dans la limite du plafond garanti à condition que lui soit communiqué :

- **Les factures originales des frais médicaux et chirurgicaux ;**
- **L'attestation de refus de prise en charge émise par l'organisme payeur.**

B. Frais ouvrant droit à prestation :

Les frais de visite, de consultation, de pharmacie, de soins infirmiers, d'Hospitalisation médicale et chirurgicale y compris les honoraires médicaux et chirurgicaux, d'une manière générale, tout acte médical ou chirurgical lié à la pathologie du Bénéficiaire.

C. Conditions et montant de la garantie

Cette garantie est acquise exclusivement aux conditions suivantes :

- La garantie ne s'applique qu'aux frais consécutifs à un Accident corporel, survenu et constaté à l'Etranger.
- La garantie ne s'applique qu'aux frais prescrits par une autorité médicale et engagés à l'Etranger pendant la période de validité du contrat.
- La garantie ne s'applique qu'aux frais ayant fait l'objet d'un accord des services d'AXA matérialisé par la communication d'un numéro de dossier au Bénéficiaire ou à toute personne agissant en son nom, dès lors que le bien-fondé de la demande est constaté.
- En cas d'Hospitalisation, sauf cas de force majeure, AXA doit être avisé de l'Hospitalisation dans les 24 heures suivant la date mentionnée au certificat d'Hospitalisation.
- Le Bénéficiaire doit accepter tout changement de centre hospitalier préconisé par les services d'AXA.
- Dans tous les cas, le médecin missionné par nos AXA doit pouvoir rendre visite au Bénéficiaire et avoir libre accès à son dossier médical, dans le respect le plus strict des règles déontologiques.
- La garantie cesse automatiquement à la date où AXA procède au rapatriement du

Bénéficiaire.

La prise en charge par Bénéficiaire et par Déplacement se fait à concurrence de 7 623 euros.

Dans tous les cas :

- Les frais de soins dentaires d'urgence sont limités à **153 euros**.
- Une **Franchise absolue de 45 euros** est applicable à chaque dossier.

AXA n'intervient qu'en complément des prestations de la caisse d'assurance maladie et / ou de tout autre régime de prévoyance individuelle ou collective dont le Bénéficiaire bénéficie par ailleurs.

D. Modalités d'application

Le Bénéficiaire doit adresser à AXA les informations et les pièces suivantes :

- La nature, les circonstances, la date et le lieu de survenance de l'Accident corporel ayant nécessité le règlement de frais médicaux sur place ;
- Une copie des ordonnances délivrées ;
- Une copie des factures de toutes les dépenses médicales engagées ;
- Les bordereaux et/ou décomptes originaux de remboursement de tout organisme payeur concerné ;
- Les noms et adresses de l'auteur responsable et, si possible, des témoins en indiquant si un procès-verbal ou un constat a été établi par les agents de l'autorité ;
- D'une manière générale, toutes pièces de nature à permettre une exacte appréciation des frais réels restant à sa charge ;
- En outre, le Bénéficiaire doit joindre sous pli confidentiel à l'attention du Directeur Médical d'AXA, le certificat médical initial précisant la nature de l'Accident corporel et tout autre certificat qu'AXA pourrait demander.

A défaut de fournir toutes ces pièces, AXA ne pourra procéder au remboursement.

E. Exclusions spécifiques à l'assurance des frais médicaux à l'Etranger

Les exclusions communes à toutes les garanties et les exclusions spécifiques à l'assistance médicale sont applicables. En outre ne pourront donner lieu ni à avance, ni à remboursement, ni à prise en charge, les frais :

- ✗ **Engagés dans le pays de Domicile du Bénéficiaire;**
- ✗ **De vaccination ;**
- ✗ **De prothèse, d'appareillage, de lunette et de verres de contact ;**
- ✗ **De traitements et d'interventions chirurgicales de caractère esthétique non consécutifs à un Accident;**
- ✗ **De cures, séjours en maison de repos et de rééducation;**
- ✗ **De caisson hyperbare;**
- ✗ **Liés à une maladie.**

Avance des frais d'Hospitalisation à l'Etranger

En cas d'Hospitalisation à la suite d'un Accident corporel, et à la demande du Bénéficiaire, AXA peut procéder à l'avance pour le compte du Bénéficiaire dans la limite des montants prévus au titre de la présente garantie contre remise d'une « déclaration de frais d'Hospitalisation » engageant le Bénéficiaire sur les démarches à suivre.

Afin de préserver ses droits ultérieurs, AXA se réserve le droit de demander au Bénéficiaire ou à ses ayants droit soit une empreinte de sa (leur) carte bancaire, soit un chèque de caution.

A compter de la réception des factures de frais médicaux envoyés par les services d'AXA, le Bénéficiaire s'engage alors à effectuer ces démarches auprès de ses organismes de prévoyance sous 15 jours. Sans réponse de la part du Bénéficiaire dans un délai de 3 mois, AXA sera en droit d'exiger le remboursement des sommes avancées pour son compte majorées, en outre, des frais et intérêts légaux.

F. Conseil aux voyageurs

Si le Bénéficiaire dépend du régime de la Sécurité Sociale, AXA lui conseille de se munir de la Carte Européenne d'Assurance Maladie ou du formulaire E101 disponibles aux centres de Sécurité Sociale, pour pouvoir bénéficier des prestations de la Sécurité Sociale lors d'un Déplacement dans un pays de l'Union Européenne.

3.3 GARANTIE D'ASSISTANCE APRÈS Accident

3.3.1 Aide-ménagère ou Auxiliaire de vie

En cas d'Accident corporel entraînant :

- Une Hospitalisation imprévue de plus de 2 jours du Bénéficiaire, OU
- Une Immobilisation imprévue au Domicile de plus de 4 jours du Bénéficiaire

AXA recherche et prend en charge les services d'une aide-ménagère ou une auxiliaire de vie à Domicile, soit pendant la durée de l'Hospitalisation, soit dès le retour au Domicile du Bénéficiaire, ou pendant son Immobilisation à Domicile, pour assurer les tâches domestiques. **Pour bénéficier de cette prestation, le Bénéficiaire doit en faire la demande, du lundi au vendredi de 9h30 à 19h30, dans les 8 jours suivant son Hospitalisation ou son Immobilisation.**

AXA prend en charge un minimum de 2 heures consécutives, dans la limite de 40 heures **dans les trois semaines suivant l'Accident**. La durée de présence de l'aide-ménagère ou l'auxiliaire de vie est fixée par l'équipe médicale d'AXA en fonction des seuls critères médicaux.

3.3.2 Présence d'un Proche au chevet

En cas d'Accident corporel entraînant :

- Une Hospitalisation imprévue de plus de 2 jours du Bénéficiaire, OU
- Une Immobilisation imprévue au Domicile de plus de 5 jours du Bénéficiaire

AXA organise et prend en charge un **titre de transport aller-retour** en avion classe

économique ou en train 1ère classe pour un Proche résidant en France pour qu'il puisse se rendre à son chevet pendant son Hospitalisation ou son Immobilisation.

AXA organise son hébergement sur place et prend en charge ses frais d'hôtel pendant 6 nuits maximum à concurrence de 80 € par nuit (chambre et petit déjeuner inclus).

Les frais de nourriture et les frais annexes ne sont pas pris en charge.

Cette garantie est accordée si aucun Proche ou Membre de sa famille ne se trouve dans un rayon de 50 km du lieu de Domicile du Bénéficiaire concerné.

Pour bénéficier de cette prestation, le Bénéficiaire doit en faire la demande dans les 10 jours suivant l'évènement.

3.3.3 Soutien psychologique

En cas d'Accident corporel affectant un Bénéficiaire, AXA peut mettre le Bénéficiaire en relation avec un psychologue clinicien à raison de 6 entretiens téléphoniques par évènement pour l'ensemble des Membres de la famille.

Les entretiens doivent être exécutés dans un délai de 12 mois à compter de la date de survenance de l'évènement.

3.4 GARANTIE D'ASSISTANCE EN CAS DE HANDICAP

En cas d'Accident garanti et si le Seuil d'intervention du contrat est atteint, les Bénéficiaires peuvent bénéficier des services d'assistance suivants.

AXA intervient pour un Accident garanti si le Taux de déficit fonctionnel permanent imputable à cet Accident est égal ou supérieur à 1 %.

3.4.1 Accompagnement dans la constitution de dossiers d'aides publiques

AXA organise, du lundi au vendredi de 9h30 à 19h30, et prend en charge une évaluation par téléphone de la situation du Bénéficiaire par un(e) Assistant(e) Social(e) qui l'aidera à organiser ses démarches auprès des organismes appropriés en prenant contact, s'il le souhaite, avec lesdits organismes ou services sociaux concernés.

Cette garantie doit être exécutée dans les 12 mois suivant l'évènement.

3.4.2 Bilan situationnel

Dès le constat médical du déficit fonctionnel permanent du Bénéficiaire, AXA organise et prend en charge la réalisation d'un bilan des capacités physiques et mentales pour le Bénéficiaire afin d'évaluer leur adéquation aux spécificités du logement occupé.

Ce bilan est effectué par l'envoi d'un spécialiste (ergothérapeute, bureau d'étude, etc...) dans la limite de 460 euros à son Domicile afin de déterminer et d'évaluer financièrement les mesures à prendre en vue d'adapter l'habitat aux besoins du Bénéficiaire et lui adresse un document détaillant les aménagements proposés et leurs coûts.

Cette garantie doit être exécutée dans les 12 mois suivant l'évènement.

3.4.3 Aide à l'adaptation du Logement

Après la remise d'un document détaillant les aménagements proposés et leur coût, AXA fournit à la demande du Bénéficiaire :

- Un conseil personnalisé afin d'obtenir les aides publiques ou privées susceptibles de financer tout ou partie des travaux.
- Et peut le mettre 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 coût des travaux reste à la charge du Bénéficiaire. La garantie doit être exécutée dans les 12 mois suivant l'évènement.

3.4.4 Aide à l'adaptation du Véhicule

A la demande du Bénéficiaire, AXA organise la recherche d'entreprises spécialisées dans la conception et l'aménagement de véhicules automobiles pour les personnes à mobilité réduite et peut le mettre en relation avec un professionnel de son réseau.

Cette garantie doit être exécutée dans les 12 mois suivant l'évènement.

3.5 EXCLUSIONS GÉNÉRALES

Outre les exclusions précisées dans les textes de la présente convention, sont exclues toutes conséquences :

- ✗ Toutes interventions et / ou remboursements relatifs à des bilans médicaux, check-up, dépistages à titre préventif, traitements ou analyses réguliers et, d'une manière générale, toute intervention ou prise en charge ayant un caractère répétitif ou régulier,
- ✗ Les interruptions volontaires de grossesse,
- ✗ Les convalescences, les affections en cours de traitement et non encore consolidées et / ou nécessitant des soins ultérieurs programmés,
- ✗ Les blessures préexistantes, diagnostiquées et/ou traitées et ayant fait l'objet d'une consultation médicale ou d'une hospitalisation dans les 6 mois avant la date de demande d'assistance;
- ✗ Les tentatives de suicide et leurs conséquences,
- ✗ Les cures de rajeunissement, d'amaigrissement, les traitements à but esthétique,
- ✗ Les cures, séjours en maison de repos et les frais de rééducation.

Outre les exclusions précisées ci-avant, sont également exclues toutes conséquences :

- ✗ Résultant de l'usage abusif d'alcool (taux d'alcoolémie constaté supérieur au taux fixé par la réglementation en vigueur), de l'usage ou de l'absorption de médicaments, drogues ou stupéfiants non prescrits médicalement,
- ✗ De dommages provoqués par une faute intentionnelle ou dolosive du Bénéficiaire,
- ✗ De la participation en tant que concurrent à un sport de compétition ou à un rallye,
- ✗ De la pratique, à titre professionnel, de tout sport et à titre amateur des sports aériens, de défense, de combat,

- ✗ De la participation à des compétitions ou à des épreuves d'endurance ou de vitesse et à leurs essais préparatoires, à bord de tout engin de locomotion terrestre, nautique ou aérien,
- ✗ Du non-respect des règles de sécurité reconnues liées à la pratique de toute activité sportive de loisirs ;
- ✗ D'effets nucléaires radioactifs,
- ✗ Des dommages causés par des explosifs que le Bénéficiaire peut détenir,
- ✗ De la participation volontaire à des rixes sauf en cas de légitime défense, à la guerre civile ou étrangère, à des émeutes, à des grèves, à des actes de terrorisme, de pirateries, de sabotage, à des mouvements populaires.

Ne donnent lieu ni à prise en charge, ni à remboursement :

- ✗ Les frais de séjour (hôtel, taxis, restaurant, téléphone...) sauf ceux ayant fait l'objet d'un accord préalable du service assistance,
- ✗ Tout autre frais non prévu au titre des garanties accordées.
- ✗ Les frais non justifiés par des documents originaux,
- ✗ Les frais engagés par le Bénéficiaire pour la délivrance de tout document officiel,
- ✗ Toute intervention initiée et/ou organisée à un niveau étatique ou inter-étatique par toute autorité ou organisme gouvernemental ou non gouvernemental

4. EXCLUSIONS COMMUNES À TOUTES LES GARANTIES

Outre les exclusions spécifiques applicables à chacune des garanties, sont exclus :

- ✗ Les frais courants tels que repas ou boissons que l'Assuré aurait normalement supportés pendant son Déplacement ;
- ✗ Les frais de transport, d'hébergements initialement prévus pour le Déplacement de l'Assuré ;
- ✗ Le coût des communications téléphoniques, exceptées celles réalisées dans le cadre de la mise en place des garanties d'assistance de ce contrat ;
- ✗ Le coût des communications téléphoniques, exceptées celles réalisées dans le cadre de la mise en place des garanties d'assistance de ce contrat ;

De plus, ne pourront donner lieu à l'intervention d'AXA, ni faire l'objet d'une indemnisation à quelque titre que ce soit toutes conséquences :

- ✗ De l'usage abusif d'alcool (alcoolémie constatée supérieure au taux fixé par la réglementation en vigueur), de l'usage ou de l'absorption de médicaments, drogues ou stupéfiants non prescrits médicalement ;
- ✗ D'un acte intentionnel ou d'une faute dolosive de la part de l'Assuré ;
- ✗ Des frais de recherche et de secours résultant de l'inobservation des règles de prudence édictées par les exploitants du site et/ou des dispositions réglementaires régissant l'activité que l'Assuré pratique ;
- ✗ Des dommages que vous avez causés ou subis lorsque l'Assuré pratique les sports suivants : bobsleigh, alpinisme ou varappe ;
- ✗ De la participation de l'Assuré en tant que concurrent à toute épreuve sportive de compétition ou à des épreuves d'endurance ou de vitesse et à leurs essais préparatoires, à bord de tout engin de locomotion terrestre ou aérienne (à moteur ou non) ainsi que la pratique des sports de neige ou de glace à un titre non-amateur ;
- ✗ Du non-respect des règles de sécurité reconnues liées à la pratique de toute activité sportive ;
- ✗ De la pratique de tout sport à titre professionnel ;
- ✗ D'explosion d'engins et d'effets nucléaires radioactifs ;
- ✗ D'interdictions officielles, de saisies ou de contraintes par la force publique ;
- ✗ La guerre civile ou étrangère déclarée ou non ;
- ✗ La mobilisation générale ;
- ✗ Toute réquisition des hommes et/ou du matériel par les autorités ;
- ✗ Tout acte de sabotage ou de terrorisme ;
- ✗ De la participation volontaire à des rixes sauf en cas de légitime défense, à la guerre civile ou étrangère, à des émeutes, à des grèves, à des actes de terrorisme, de pirateries, de sabotage, à des mouvements populaires.
- ✗ Toute restriction à la libre circulation des biens et des personnes ;
- ✗ Les catastrophes naturelles ;
- ✗ Les épidémies, tout risque infectieux ou chimique ;
- ✗ Les frais de séjour (hôtel, taxis, restaurant, téléphone...) sauf ceux ayant fait l'objet d'un accord préalable du service assistance,
- ✗ Tout autre frais non prévu au titre des garanties accordées.
- ✗ Les frais non justifiés par des documents originaux,
- ✗ Les frais engagés par le Bénéficiaire pour la délivrance de tout document officiel
- ✗ Toute intervention initiée et/ou organisée à un niveau étatique ou inter-étatique par toute autorité ou organisme gouvernemental ou non gouvernemental ;
- ✗ Tous les cas de force majeure

5. GÉNÉRALITÉS

5.1 SANCTIONS EN CAS DE FAUSSE DÉCLARATION

5.1.1 Fausse déclaration des éléments constitutifs du risque

Toute réticence ou fausse déclaration portant sur les éléments constitutifs du risque connus de l'Assuré l'expose aux sanctions prévues par le Code des assurances, c'est-à-dire : réduction d'indemnité ou nullité du Contrat (articles L.113-8 et L.113-9 du Code des assurances).

5.1.2 Fausse déclaration des éléments constitutifs du risque

Toute réticence ou fausse déclaration portant sur les éléments constitutifs du sinistre (date, nature, cause, circonstances ou conséquences) connus de l'Assuré l'expose, en cas de mauvaise foi, à la déchéance de garantie.

5.2 LIMITATION DE RESPONSABILITÉ

L'engagement d'AXA repose sur une obligation de moyens et non de résultat.

AXA ne peut être tenue pour responsable d'un quelconque dommage à caractère professionnel ou commercial, subi par un Bénéficiaire à la suite d'un incident ayant nécessité l'intervention des services d'assistance.

AXA ne peut se substituer aux organismes locaux ou nationaux de secours d'urgence ou de recherche et ne prend pas en charge les frais engagés du fait de leur intervention sauf stipulation contractuelle contraire.

5.3 SUBROGATION DANS LES DROITS ET ACTIONS DE L'ASSURÉ

AXA est subrogée dans les droits et actions du Bénéficiaire contre tout tiers responsable de l'événement ayant déclenché son intervention et/ou son indemnisation, à concurrence des frais engagés et/ou des indemnités réglées en exécution du Contrat.

5.4 PRESCRIPTION

Conformément aux dispositions prévues par l'article L.114-1 du Code des assurances, toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Par exception, les actions dérivant d'un contrat d'assurance relatives à des dommages résultant de mouvements de terrain consécutifs à la sécheresse-réhydratation des sols, reconnus comme une catastrophe naturelle dans les conditions prévues à l'article L. 125-1, sont prescrites par cinq 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.

Conformément à l'article L.114-2 du Code des assurances, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription :

- La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription (Article 2240 du code civil).
- La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion. Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure (Article 2241 du code civil). L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance (Article 2242 du code civil).
- L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée (Article 2243 du code civil).
- Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée (Article 2244 du code civil).
- L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers. En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu. Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers (Article 2245 du code civil).
- L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution (Article 2246 du code civil).

Conformément ce même article L.114-2 du Code des assurances, la prescription est également interrompue :

- Par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre.
- Par l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressés 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.

Enfin, conformément à l'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.

5.5 PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

En qualité de responsable de traitement, les informations concernant les Assurés sont collectées, utilisées et conservées par les soins d'AXA pour la souscription, la passation, la gestion et l'exécution du présent Contrat, conformément aux dispositions de la réglementation applicable en matière de protection des données personnelles et conformément à sa politique de protection des données personnelles telle que publiée sur son site internet.

Ainsi, dans le cadre de ses activités, AXA pourra :

Utiliser les informations de l'Assuré ou de celles des personnes bénéficiant des garanties, afin de fournir les services décrits dans la présente Notice. En utilisant les services d'AXA, l'Assuré consent à ce qu'AXA utilise ses données à cette fin ;

Transmettre les données personnelles de l'Assuré et les données relatives à son Contrat, aux entités du Groupe AXA, aux prestataires de services d'AXA, au personnel d'AXA, et à toutes personnes susceptibles d'intervenir dans les limites de leurs attributions respectives, afin de gérer le dossier de sinistre de l'Assuré, lui fournir les garanties qui lui sont dues au titre de son Contrat, procéder aux paiements, et transmettre ces données dans les cas où la loi l'exige ou le permet ;

Procéder à l'écoute et/ou à l'enregistrement des appels téléphoniques de l'Assuré dans le cadre de l'amélioration et du suivi de la qualité des services rendus ;

Procéder à des études statistiques et actuarielles ainsi qu'à des analyses de satisfaction clients afin de mieux adapter nos produits aux besoins du marché ;

Obtenir et conserver tout document photographique pertinent et approprié du bien de l'Assuré, afin de fournir les services proposés dans le cadre de son contrat d'assistance et valider sa demande ; et

Procéder à l'envoi d'enquêtes qualité (sous forme de demandes à retourner ou de sondages) relatives aux services d'AXA et autres communications relatives au service clients.

Utiliser les données personnelles dans le cadre d'un traitement de lutte contre la fraude ; ce traitement pouvant conduire, le cas échéant, à une inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.

AXA est soumis aux obligations légales issues principalement du Code Monétaire et Financier en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux et contre le financement du terrorisme et, à ce titre, AXA met en œuvre un traitement de surveillance des contrats pouvant aboutir à la rédaction d'une déclaration de soupçon conformément aux dispositions de la Loi en la matière. Les données recueillies peuvent être communiquées aux autres sociétés du Groupe AXA ou à un tiers partenaire, y compris pour une utilisation à des fins de prospection commerciale.

Si l'Assuré ne souhaite pas que ses données soient transmises aux sociétés du Groupe AXA ou à un tiers pour une utilisation à des fins de prospection commerciale, il peut s'y opposer en écrivant au :

Délégué à la Protection des données AXA Assistance

8-10, rue Paul Vaillant Couturier 92240 Malakoff

Email : dpo.axapartnersfrance@axa-assistance.com

Pour toute utilisation des données personnelles de l'Assuré à d'autres fins ou lorsque la loi l'exige, AXA solliciter son consentement.

L'Assuré peut revenir à tout moment sur son consentement.

En souscrivant au présent contrat et en utilisant ses services, l'Assuré reconnaît qu'AXA peut utiliser ses données à caractère personnel et consent à ce qu'AXA utilise les données sensibles décrites précédemment. Dans le cas où l'Assuré fournit à AXA des informations sur des tiers, l'Assuré s'engage à les informer de l'utilisation de leurs données comme défini précédemment ainsi que dans la politique de confidentialité du site internet d'AXA Assistance (voir ci-dessous).

L'Assuré peut obtenir, sur simple demande, copie des informations le concernant. Il dispose d'un droit d'information sur l'utilisation faite de ses données (comme indiqué dans la politique de confidentialité du site AXA Assistance – voir ci-dessous) et d'un droit de rectification s'il constate une erreur.

Si l'Assuré souhaite connaître les informations détenues par AXA à son sujet, ou s'il a d'autres demandes concernant l'utilisation de ses données, il peut écrire à l'adresse suivante :

Délégué à la protection des données AXA Assistance

8-10, rue Paul Vaillant Couturier 92240 Malakoff

Email : dpo.axapartnersfrance@axa-assistance.com

L'intégralité de notre politique de confidentialité est disponible sur le site : axa-assistance.fr ou sous format papier, sur demande.

5.6 RÉCLAMATIONS ET MÉDIATION

En cas de désaccord concernant la gestion du contrat, les Bénéficiaires s'adressent en priorité à leur interlocuteur privilégié afin de trouver des solutions adaptées aux difficultés rencontrées.

Si la réponse apportée n'est pas satisfaisante, les Assurés peuvent adresser leur réclamation par courrier à l'adresse suivante :

AXA Assistance - Service Gestion Relation Clientèle

8/10 rue Paul Vaillant Couturier 92240 Malakoff

Ou sur le site internet à partir de la rubrique « contact » : www.axa-assistance.fr/contact

AXA s'engage à accuser réception sous dix (10) jours ouvrables à compter de la date d'envoi de la réclamation, sauf si une réponse est apportée dans ce délai.

Une réponse sera adressée dans un délai maximum de deux (2) mois, sauf si la complexité nécessite un délai supplémentaire.

Après un délai de deux mois à compter de la première réclamation écrite, les Assurés

peuvent faire appel au Médiateur, personnalité indépendante, en écrivant à l'adresse suivante :

La Médiation de l'Assurance

TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09

Ou en complétant le formulaire de saisine directement sur le site internet :

www.mediation-assurance.org.

Ce recours est gratuit. L'avis du Médiateur ne s'impose pas et laissera toute liberté à l'Assuré pour saisir éventuellement le Tribunal français compétent.

Le Médiateur formulera un avis dans un délai de quatre-vingt-dix (90) jours à compter de la réception du dossier complet.

La Charte de « la Médiation de l'Assurance » est également consultable sur le lien suivant : <https://www.mediation-assurance.org/la-charte-du-mediateur/>

5.7 AUTORITÉ DE CONTRÔLE

INTER PARTNER ASSISTANCE est soumise en qualité d'entreprise d'assurance de droit belge au contrôle prudentiel de la Banque Nationale de Belgique située Boulevard de Berlaimont 14 – 1000 Bruxelles – Belgique - TVA BE 0203.201.340 – RPM Bruxelles – (www.bnb.be). La succursale française d'IPA est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), située 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.

5.8 LOI APPLICABLE - COMPÉTENCE JUDICIAIRE

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

Assurance ACCIDENT

Document d'information sur le produit d'assurance

Compagnie : IRCEM MUTUELLE, Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du code de la Mutualité. Inscrite en France au répertoire SIRENE sous le n° 438 301 186 située au 261, avenue des Nations-Unies B.P. 593 - 59060 Roubaix cedex 1.
Produit : Garantie Accident

Le présent document constitue un résumé des principales garanties et exclusions du produit « ACCIDENT ». Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation précontractuelle et contractuelle, notamment dans le Règlement Mutualiste, qui précise les différentes garanties ainsi que les conditions de mise en oeuvre, et le Certificat d'Adhésion qui précise vos choix et le niveau de garanties retenu.

De quel type d'assurance s'agit-il ?

« ACCIDENT » est un contrat d'assurance individuel dont l'objet est d'assurer le versement d'indemnités journalières en cas d'hospitalisation accidentelle de l'assuré, et d'un capital en cas de blessures consécutives à un accident. Le contrat prévoit également en option le versement d'un capital, aux bénéficiaires, en cas de décès de l'assuré à la suite d'un accident.



Qu'est-ce qui est assuré ?

GARANTIES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES :

- ✓ L'Hospitalisation Accidentelle de l'Assuré d'au moins 24 heures consécutives, pendant une période de 180 jours, à compter de la 1^{ère} admission à l'hôpital pour un même accident. En cas de séjour dans un service de soins intensifs les indemnités seront augmentées de 50% et ce dans la limite de 30 jours par accident.

Pour la garantie blessure :

- ✓ Les blessures suivantes intervenues dans les 90 jours après la date de l'Accident sont indemnisées dans le cadre du présent contrat :
 - Les Fractures suivantes constatées par une radiographie : crâne (os structurels et fonctionnels), vertèbre, bras (humérus), avant-bras (radius, ulna), poignet, carpe (main hors métacarpe et doigt), fémur, jambe (tibia, péroné), tarse et calcanéum (pied hors métatarse et orteil), maxillaire, clavicule, côte, sternum, rotule, coccyx, épaule, genou, col du fémur, hanche, bassin, cheville, crâne avec déficit neurologique et vertèbre avec déficit neurologique.
 - Les Brûlures du 2^e et 3^e degré avec atteinte d'au moins 10% de la surface corporelle et entraînant une Hospitalisation d'au moins 24 heures consécutives.

GARANTIES PRÉVUES SELON LA FORMULE CHOISIE

Pour la garantie décès : (en option) :

L'accident doit survenir pendant que le contrat est en vigueur. Le décès doit survenir uniquement et directement à la suite d'une blessure corporelle accidentelle, dans les 365 jours consécutifs à celle-ci.

Les garanties précédées de ✓ sont systématiquement prévues au contrat.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

Pour la garantie blessure :

- ✗ Les factures de certaines parties du corps comme les doigts de la main ou de pieds.
- ✗ Les brûlures « légères ».
- ✗ Les brûlures du 1^{er} degré.
- ✗ Les brûlures avec une atteinte de la peau inférieure à 10% de la surface corporelle.
- ✗ Les brûlures sans hospitalisation d'au moins 24H.

Pour la garantie hospitalisation :

- ✗ L'hospitalisation consécutive à une maladie

Pour la garantie décès (en option) :

- ✗ Le décès consécutif à une maladie.



Y a-t-il des exclusions à la couverture ?

Sont exclues, de la garantie les conséquences :

- ! D'accidents antérieurs à la date de prise d'effet de l'Adhésion ;
- ! D'une tentative de suicide ou le suicide durant la 1^{re} année de souscription du contrat ou suivant une augmentation du capital garanti, uniquement sur la partie Supplémentaire du capital souscrit ;
- ! Usage abusif de produits pharmaceutiques (absence ou non-respect d'ordonnance médicale) ;
- ! Actes intentionnels ou illégaux de l'assuré ou de ses bénéficiaires, mutilations volontaires de l'Assuré ;
- ! Usage de drogues, de stupéfiants ou tranquillisants non prescrits médicalement ;
- ! Accident de la route au cours duquel l'Assuré présente un taux d'alcool dans le sang au moins égal au taux limite d'interdiction de conduire prévu à la réglementation française en vigueur au jour du sinistre, constaté par les forces de l'ordre et retranscrit par procès-verbal ;
- ! Luites, duels, rixes (sauf cas de légitime défense) ;
- ! Directes ou indirectes de faits de guerres (civiles et étrangères), d'émeutes, d'actes de terrorisme, d'attentats, d'agressions ou de sabotage auxquels participe l'Assuré ;
- ! Navigation aérienne comme pilote ou passager de tout appareil non muni d'un certificat de navigabilité ou conduit par un pilote ne possédant pas un brevet ou une licence valable pour l'appareil utilisé ;
- ! Utilisation inappropriée ou dangereuse de tout véhicule (électrique, moteur...) ;
- ! En cas de crise cardiaque et de rupture d'anévrisme ;
- ! Catastrophes naturelles, telles que tremblements de terre ou inondations ;
- ! Les conséquences de la désintégration du noyau atomique ;
- ! Manipulation volontaire d'engins de guerre ou d'explosifs dont la détention est interdite ;
- ! Pratique de sports extrêmes (saut à l'élastique, parachutisme, rafting...) ;
- ! Pratique de sports aériens, automobiles ou motocyclistes à titre amateur ou professionnel et de tous les autres sports à titre professionnel ;
- ! Les Accidents ou le décès survenus dans le cadre d'une activité professionnelle ;

Exclusions supplémentaires spécifiques à la garantie « Blessures » :

- ! Les Fractures et Brûlures non précisés dans « Qu'est-ce qui est assuré ? » ;
- ! Les Brûlures codées T20.1, T21.1, T22.1, T23.1, T24.1, T25.1 et T31.0, T31.30, T31.40 et T31.50 selon la classification internationale des maladies, 10^e révision ;
- ! Les Accidents ou le décès survenus dans le cadre d'une activité professionnelle ;
- ! Exposition au soleil, aux ultraviolets, à tout appareil quelconque de bronzage artificiel.



Où suis-je couvert(e) ?

✓ Les garanties s'exercent dans le monde entier mais le paiement s'effectuera en France Métropolitaine ou en Principauté de Monaco.



Quelles sont mes obligations ?

• A la souscription du contrat

- Personne physique de 18 à 75 ans, salariée cotisante à l'Ircem Agirc-Arrco ou d'une pension de retraite complémentaire versée par l'Ircem Agirc-Arrco ou être particulier employeur ainsi que son conjoint, concubin ou partenaire lié par un PACS.
- Remplir avec exactitude le formulaire de souscription (cas de souscription par courrier ou internet).
- Résider en France (Métropolitaine ou DROM) ou en Principauté de Monaco.

• En cours de contrat

- Régler la cotisation conformément aux dispositions prévues au contrat (montant et échéances).
- Fournir à l'Ircem Mutuelle toutes pièces et documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat.
- Faire parvenir les demandes de prestations à l'IRCEM Mutuelle dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de l'accident.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables d'avance, par prélèvement automatique, mensuellement ou trimestriellement, aux modalités prévues au contrat.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Début de la couverture

La couverture de l'assuré débute le premier jour du mois civil suivant la réception du dossier complet d'adhésion, sous réserve du paiement de la première cotisation. Le contrat est conclu pour une durée d'un an et se renouvelle automatiquement d'année en année chaque 1^{er} janvier par tacite reconduction sauf résiliation par l'une des parties dans les cas prévus au contrat.

Droit de renonciation

L'assuré peut renoncer à son adhésion par lettre ou tout autre support durable, pendant un délai de 14 jours calendaires révolus qui suivent la date d'effet de celle-ci.

Fin de la couverture

- Au décès ou au 1^{er} janvier qui suit les 85 ans de l'Assuré ;
- A tout moment, à la suite de la demande de l'assuré ;
- En cas de non-paiement des cotisations ;
- En cas de changement de résidence principale et fiscale en dehors de la France (Métropolitaine ou DROM) ou de la Principauté de Monaco.

La couverture de l'Assuré prend fin à la date d'effet de la résiliation du contrat qu'elle soit à l'initiative de l'Assuré ou de l'IRCEM Mutuelle (en cas de non paiement des cotisations).



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat par :

- lettre ou tout autre support durable envoyé à Ircem Mutuelle, 261 avenue des Nations Unies, 59672 ROUBAIX Cedex 1 ;
- via le site ircem.com lorsque l'assureur propose la conclusion de contrat par un mode de communication à distance ;
- par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'assureur ;
- par acte extrajudiciaire ;

Assistance Accident

Document d'information sur le produit d'assurance



Assureur du produit : Inter Partner Assistance, société immatriculée en Belgique sous le N°415 591 055 -
Prise au travers de sa succursale française immatriculée sous le n° 316 139 500.
Référence du produit : IRCEM Assistance Garantie Accident N°0804630

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du produit. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation précontractuelle et contractuelle (Notice d'information et/ou Conditions Générales).

De quel type d'assurance s'agit-il ?

Le produit se compose de garanties d'assistance distribuées en inclusion du contrat d'assurance Garantie Accident souscrit par l'Assuré.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Assistance en cas d'Accident

- ✓ Informations administratives et sociales
- ✓ Rapatriement médical : frais réels
- ✓ Assurances des Frais médicaux à l'Etranger : 7 623 euros max

Assistance après l'Accident

- ✓ Aide-ménagère ou Auxiliaire de vie : 40H max
- ✓ Présence d'un Proche au chevet : billet A/R + 6 nuits d'hôtel max à 80€/nuit
- ✓ Soutien psychologique : 6 entretiens téléphoniques max

Assistance en cas de Handicap

- ✓ Accompagnement dans la constitution de dossiers d'aides publiques : 1 évaluation par téléphone
- ✓ Bilan situationnel : 1 bilan des capacités physiques et mentales + Intervention Expert limité à 460€ max
- ✓ Aide à l'adaptation du Logement
- ✓ Aide à l'adaptation du véhicule

Les garanties précédées d'une ✓ sont systématiquement prévues au contrat.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ L'organisation de tout ou partie des garanties prévues au contrat sans l'accord préalable de l'assureur ne peut donner lieu à remboursement.
- ✗ Les frais non justifiés par des documents originaux.
- ✗ Toute intervention initiée et/ou organisée à un niveau étatique ou inter-étatique par toute autorité ou organisme gouvernemental ou non gouvernemental.



Y a-t-il des exclusions à la couverture ?

EXCLUSIONS COMMUNES A TOUTES LES GARANTIES :

Les conséquences résultant :

- ! De l'usage abusif d'alcool (taux d'alcoolémie constaté supérieur au taux fixé par la réglementation en vigueur), de l'usage ou de l'absorption de médicaments, drogues ou stupéfiants non prescrits médicalement ;
- ! De la participation en tant que concurrent à un sport de compétition ou à un rallye ;
- ! De la pratique, à titre professionnel, de tout sport et à titre amateur des sports aériens, de défense, de combat ;
- ! Du non-respect des règles de sécurité reconnues liées à la pratique de toute activité sportive de loisirs ;
- ! De la participation volontaire à des rixes sauf en cas de légitime défense, à la guerre civile ou étrangère, à des émeutes, à des grèves, à des actes de terrorisme, de pirateries, de sabotage, à des mouvements populaires ;
- ! Toutes interventions et / ou remboursements relatifs à des bilans médicaux, check-up, dépistages à titre préventif, traitements ou analyses réguliers et, d'une manière générale, toute intervention ou prise en charge ayant un caractère répétitif ou régulier ;
- ! Les cures de rajeunissement, d'amaigrissement, les traitements à but esthétique ;
- ! Les cures, séjours en maison de repos et les frais de rééducation ;
- ! Les interruptions volontaires de grossesse,
- ! Les convalescences, les affections en cours de traitement et non encore consolidées et / ou nécessitant des soins ultérieurs programmés,
- ! Les maladies ou blessures préexistantes, diagnostiquées et/ou traitées et ayant fait l'objet d'une consultation médicale ou d'une hospitalisation dans les 6 mois avant la date de demande d'assistance,
- ! Les tentatives de suicide et leurs conséquences.



Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ Les garanties s'exercent en France métropolitaine y compris la Corse, sauf la prestation «Rapatriement médical» qui s'exerce dans le Monde entier.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de nullité du contrat d'assurance ou de non garantie :

• A la souscription du contrat

- Répondre exactement aux questions posées par l'assureur, notamment dans le formulaire de déclaration du risque lui permettant d'apprécier les risques qu'il prend en charge,
- Fournir tous documents justificatifs demandés par l'assureur,
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat.

• En cours de contrat

- Déclarer toutes circonstances nouvelles ayant pour conséquence d'aggraver les risques pris en charge soit d'en créer de nouveaux.

• En cas de sinistre

- Déclarer tout sinistre de nature à mettre en jeu l'une des garanties dans les conditions et délais impartis et joindre tous documents utiles à l'appréciation du sinistre.
- Informer des garanties éventuellement souscrites pour les mêmes risques en tout ou partie auprès d'autres assureurs, ainsi que tout remboursement que vous pourriez recevoir au titre d'un sinistre.
- Retourner le dossier d'indemnisation complet ainsi que la copie du contrat et/ou les documents justificatifs nécessaires et spécifiques à chaque garantie.



Quand et comment effectuer les paiements ?

La prime d'assurance est payable d'avance par l'Adhérent au contrat IRCM soit annuellement (en début de contrat) soit mensuellement.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Votre contrat prend effet à la date indiquée au Bulletin d'Adhésion. Il est conclu pour une durée d'un an renouvelable et est reconduit pour une nouvelle période annuelle sauf résiliation, par l'assuré ou l'assureur, dans les conditions prévues au contrat.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Les conditions de résiliation sont fixées par votre Contrat d'assurance étant précisé que, pour les contrats d'une durée annuelle, l'Assuré peut résilier son contrat en adressant une lettre recommandée ou un envoi recommandé électronique à l'assureur au moins deux mois avant la date d'échéance de ce contrat (article L113-12 du Code des assurances).