



**GROUPE
PASTEUR
MUTUALITÉ**

CONDITIONS GÉNÉRALES

GPM Accidents de la Vie

G.ACC 24.1

Applicable à compter du 1^{er} janvier 2024

PRÉAMBULE : DEFINITIONS

Les termes définis ci-dessous sont suivis d'une * lors de leur première apparition dans le texte des conditions générales.

Assuré : La personne garantie par le présent contrat.

Assureur : GPM Assurances S.A.

Accident : Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure ou de la maladresse de l'assuré

Catastrophe naturelle et technologique : Evènement d'origine naturelle présentant une intensité anormale (catastrophe naturelle) ou accident non nucléaire survenu soit dans une installation classée dangereuse par le Code de l'environnement, soit dans un stockage souterrain de produits dangereux, soit à l'occasion du transport de matières dangereuse ; et ayant entraîné des dommages à un grand nombre de biens immobiliers (catastrophe technologique). L'état de catastrophe naturelle ou technologique doit avoir été reconnu par un arrêté interministériel.

Concubin : La personne ayant une vie commune (c'est-à-dire un domicile commun) et vivant en couple avec le souscripteur de façon stable, exclusive et continue. La personne se prévalant de la qualité de concubin devra justifier de ces éléments.

Consolidation : L'état de santé de l'assuré est considéré comme étant consolidé lorsque sa pathologie liée à l'accident n'est plus susceptible d'évoluer ou lorsque les traitements médicaux et chirurgicaux ne sont plus susceptibles de lui apporter une amélioration supplémentaire.

Déficit Fonctionnel Permanent : Réduction définitive du potentiel physique, psychosensoriel, ou intellectuel résultant de l'atteinte à l'intégrité physique, à laquelle s'ajoutent les phénomènes douloureux et les répercussions psychologiques, normalement liées à l'atteinte séquellaire ainsi que les conséquences habituellement et objectivement liées à cette atteinte dans la vie de tous les jours. Le médecin expert détermine le taux d'incapacité permanente engendré par l'accident.

Frais d'aménagement du domicile et/ou du véhicule : Frais liés à l'incapacité permanente de la victime dont l'état nécessite un aménagement de son domicile principal et/ou de son véhicule.

Frais d'obsèques : Frais d'obsèques et de sépulture assumés par les bénéficiaires du contrat à la suite du décès d'un assuré consécutif à la survenance d'un accident garanti.

France : France métropolitaine, Département d'Outre-Mer, Saint Barthélemy et Saint Martin.

Incidence professionnelle : Indemnisation des incidences périphériques du dommage touchant à la sphère professionnelle (indemnisation du préjudice résultant d'une dévalorisation sur le marché du travail, d'une perte d'une

chance professionnelle, des frais de reclassement professionnels, de la diminution de sa retraite future, d'une augmentation de la pénibilité de l'emploi tel que la nécessité de devoir abandonner sa profession au profit d'une autre en raison de la survenance d'un handicap dû à l'accident). **Il ne s'agit pas de la perte de revenus subie par l'assuré suite à son accident.**

Indemnisation en droit commun : Indemnisation déterminée selon les règles applicables en France en matière de réparation du préjudice corporel. Elle tient compte de la situation particulière de chaque victime (exemples : âge, profession, revenus, situation de famille) et des indemnités habituellement allouées par la jurisprudence.

Perte de revenus des proches : Les pertes ou diminutions de revenus des bénéficiaires du contrat et **exclusivement** liées au décès de l'assuré, appréciées conformément au droit commun (**les pertes de revenus des bénéficiaires résultant indirectement du décès ne sont pas indemnisées**).

Préjudice d'affection : Préjudice d'ordre affectif subi par les bénéficiaires du fait du décès de l'assuré.

Préjudice d'agrément : Préjudice à caractère personnel lié à l'impossibilité de poursuivre la pratique régulière et fréquente d'un sport, d'une activité artistique ou de loisirs, de la même manière qu'avant l'accident (évaluation par le médecin expert).

Préjudice esthétique permanent : Préjudice correspondant aux atteintes physiques et plus généralement aux éléments de nature à altérer l'apparence physique de l'assuré de façon définitive.

Préjudice scolaire, universitaire et de formation : Il s'agit de la perte d'années d'étude, que ce soit scolaire, universitaire, de formation ou autre consécutive à la survenance de l'accident garanti.

Sinistre : Réalisation de l'accident susceptible de mettre en jeu l'une des garanties du contrat.

Souffrances endurées : Toutes les souffrances physiques et psychiques, ainsi que les troubles associés endurés par l'assuré du jour de l'accident à celui de sa consolidation (évaluation par le médecin expert).

Souscripteur : Le signataire du bulletin d'adhésion et payeur des cotisations. Il a également la qualité d'assuré au contrat.

Tierce personne : Personne qui assiste l'assuré dans l'accomplissement des actes essentiels de la vie ordinaire.

Tiers : Personne autre que le souscripteur, l'assureur et les assurés.

Vie privée : Toutes les activités ne relevant ni des activités professionnelles (y compris les trajets), ni d'une activité rémunérée ni de fonctions publiques, électives ou syndicales.

CHAPITRE I - DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Les présentes conditions générales s'appliquent au contrat GPM Accidents de la Vie souscrit auprès de GPM Assurances SA, Société anonyme à Directoire et Conseil de Surveillance au capital de 55.555.750 euros, régie par le Code des assurances, RCS Paris n° 412887606, sis 1 Boulevard Pasteur 75015 PARIS.

Article 1 Objet du contrat

Dans les conditions définies ci-après, le présent contrat garantit les accidents* qui surviennent dans la vie privée* de l'assuré, dès lors que l'accident entraîne le décès de l'assuré ou un déficit fonctionnel permanent* au moins égal au seuil fixé dans le bulletin d'adhésion directement imputable à l'accident.

Le présent contrat est régi par le Code des assurances. La loi applicable au contrat est la loi française et les échanges relatifs au contrat se font en langue française.

Article 2 Les parties au contrat

Assureur* : GPM Assurances S.A, Société anonyme à Directoire et Conseil de Surveillance au capital de 55.555.750 euros, régie par le Code des assurances, RCS Paris n° 412887606, sise 1 Boulevard Pasteur 75015 PARIS.

Souscripteur* : la personne physique signataire du bulletin d'adhésion et acquittant les cotisations.

Assuré* : Selon la formule retenue lors de la souscription, ont la qualité d'assuré les personnes indiquées ci-dessous dès lors qu'elles résident en France* (telle que définie au Préambule) et qu'elles ont moins de 75 ans au jour de la souscription :

Formule « solo » : Le souscripteur.

Formule « couple » :

- Le souscripteur,
- Son époux/épouse (non séparé de corps ou de fait) à défaut, son/sa partenaire de PACS, à défaut son/sa concubin(e)*.

Formule « mono parentale » :

- Le souscripteur,
- Ses enfants légitimes, naturels ou adoptifs **lorsqu'ils sont fiscalement à sa charge (au sens de l'article 196 du Code Général des Impôts).**

Formule « Famille » :

- Le souscripteur,
- Son époux/épouse (non séparé de corps ou de fait) à défaut, son/sa partenaire de PACS, à défaut son/sa concubin(e).
- Leurs enfants légitimes, naturels ou adoptifs **lorsqu'ils sont fiscalement à leur charge (au sens de l'article 196 du Code Général des Impôts).**

Option « Couverture des petits enfants » ouverte à l'ensemble des formules :

En complément de la formule choisie, le souscripteur peut opter pour la couverture des petits enfants.

Cette option permet aux petits enfants mineurs du souscripteur ou de son conjoint (ou, à défaut de son partenaire de pacs ou à défaut de son concubin) d'être assurés par le contrat **dès lors qu'ils se trouvent sous leur garde lors de la survenance de l'accident garanti, et qu'ils ne sont pas couverts au titre d'un autre contrat accident corporel garantissant le même risque.**

Article 3 Les bénéficiaires du contrat

En cas d'accident entraînant pour l'assuré un déficit fonctionnel permanent supérieur au seuil choisi dans le bulletin d'adhésion, celui-ci est le bénéficiaire des prestations garanties par le contrat.

En cas d'accident entraînant le décès de l'assuré, les bénéficiaires sont le conjoint (ou à défaut le partenaire de PACS, ou à défaut le concubin) et les membres de la famille de l'assuré décédé jusqu'au 2^{ème} degré (défini conformément à l'article 743 du Code civil) qui justifient avoir subi une perte de revenus, un préjudice d'affection* ou réglé des frais d'obsèques* résultant directement du décès,

à l'exception des personnes ayant causé volontairement les dommages à la victime assurée au titre du présent contrat.

En cas de pluralité de bénéficiaires, l'indemnisation se fera en priorité au profit des bénéficiaires suivants dans la limite du plafond visé à l'article 9 :

- 1/ Le conjoint,
- 2/ Les enfants,
- 3/ Les parents,
- 4/ Les petits enfants ;
- 5/ Les grands parents.
- 6/ Les frères et sœurs.

Aussi, les bénéficiaires de rangs subséquents ne seront indemnisés pour les préjudices garantis par le contrat que sous réserve que l'indemnisation des bénéficiaires des rangs précédents n'ait pas épuisé le plafond de garantie.

Article 4 Territorialité du contrat

Le souscripteur doit obligatoirement avoir sa résidence principale en France (soit : la France métropolitaine, les Départements d'Outre-Mer, Saint Barthélemy et Saint Martin). **Les personnes résidant en Polynésie Française, en Nouvelle Calédonie et à l'étranger ne peuvent pas souscrire le présent contrat.**

La garantie s'exerce en France métropolitaine, dans les départements et collectivités d'outre-mer, dans les principautés d'Andorre et de Monaco, dans les pays membres de l'Union Européenne, en Suisse, en Islande, au Lichtenstein, à San Marin, au Vatican et en Norvège pendant la période de validité du contrat.

La garantie s'exerce dans le reste du monde lors de voyages et de séjours n'excédant pas une durée continue de trois mois.

Lorsque l'accident garanti survient à l'étranger, l'indemnisation des préjudices garantis est toujours effectuée selon les règles du droit français.

CHAPITRE II - VOS GARANTIES

SECTION 1 - Conditions de garantie des accidents

Article 5 Les accidents garantis

- **Les accidents de la vie privée** : L'assureur garantit les atteintes corporelles non intentionnelles de la part de l'assuré survenant dans le cadre de la vie privée et provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure ou, de la maladresse de l'assuré. **Seuls les accidents survenant entre la prise d'effet du contrat et sa cessation sont garantis.**
- **Les accidents dus à des événements exceptionnels (attentats, infractions, catastrophes naturelles et technologiques*)** : le contrat garantit les accidents résultants de faits volontaires ou non qui présentent le caractère matériel d'une infraction au sens du Code pénal français dès lors que l'assuré n'a pas participé à l'infraction à l'origine de l'accident. Le contrat garantit également les accidents ayant pour origine les catastrophes naturelles et technologiques. **Seuls les accidents survenant entre la prise d'effet du contrat et sa cessation sont garantis.**

- **Les accidents médicaux** : L'assureur garantit les préjudices causés à l'occasion d'actes chirurgicaux, de prévention, de diagnostic, d'exploration, de traitement pratiqués par des médecins et auxiliaires médicaux visés à la quatrième partie du Code de la Santé publique ou par des praticiens autorisés à exercer par la législation ou réglementation du pays dans lequel a lieu l'acte, lorsque ces actes sont assimilables à ceux référencés dans la nomenclature générale des actes professionnels.

Il y a accident médical lorsqu'un acte ou un ensemble d'actes de caractère médical a eu sur l'assuré des conséquences dommageables pour sa santé, anormales et indépendantes de l'évolution de l'affection en cause et de l'état antérieur.

Le contrat couvre les dommages dont la première manifestation est intervenue entre le jour de prise d'effet du contrat et sa résiliation, pour tout accident médical dont le fait générateur est postérieur au 01/01/2014.

Article 6 Les exclusions

§1

Sont exclus :

- **Les dommages causés par des maladies (dont les affections cardiovasculaires et vasculaires cérébrales, les affections tendineuses et**

musculaires, les pathologies disco-vertébrales et rhumatismales, les hernies de toutes natures), leurs suites et leurs conséquences, sauf si elles résultent directement de l'accident garanti ;

- **Les affections résultant d'infections parasitaires telles que le chikungunya, la dengue, le paludisme et la trypanosomiase ;**
- **Les dommages subis à l'occasion d'activités professionnelles ou de fonctions publiques et/ou électives ou syndicales ou d'accidents de trajets tels que définis par le Code de la sécurité sociale ;**
- **Les dommages résultant d'un accident dans lequel est impliqué un véhicule terrestre à moteur ainsi que ses remorques ou semi-remorques, autres que les véhicules ferroviaires et les tramways circulant sur des voies qui leur sont propres.**

Par exception à cette exclusion, sous réserves que les véhicules soient utilisés conformément à leur destination, sont couverts au titre de la garantie les dommages résultant :

- de la pratique du Karting sur circuit dans le cadre des loisirs ;
- de l'usage d'un véhicule pour enfant par un enfant (dont l'âge correspond à l'usage préconisé par le constructeur du véhicule) ;
- de l'usage d'un engin de jardinage autoporteur ;
- de l'usage d'un fauteuil roulant.

- **Les dommages résultant des accidents causés par l'assuré qui ne respecte pas la réglementation impérative en cas de circulation avec un moyen autre qu'un véhicule terrestre à moteur ;**
- **Les conséquences de tout dommage que l'assuré s'est causé intentionnellement (dont le suicide et la tentative de suicide) ;**
- **Le dommage résultant de la participation de l'assuré à un crime, à un délit intentionnel, ou à une rixe sauf cas de légitime défense ou d'assistance à personne en danger ;**
- **Les dommages provenant de la guerre civile ou étrangère ;**
- **Les dommages dus aux effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de transmutations de noyaux d'atomes ou de la radioactivité, ainsi que ceux dus aux effets de radiations provoqués par l'accélération artificielle de particules, à l'exception de ces mêmes effets lorsqu'ils sont subis ou provoqués dans le cadre d'une thérapeutique médicale ;**
- **Les dommages résultant des expérimentations biomédicales.**
- **Les dommages résultant de l'ivresse de l'assuré présentant un taux d'alcoolémie égal ou supérieur aux taux réglementaires en vigueur au jour du sinistre*, défini par l'article R.234-1 (alinéa 1^{er}) du Code de la route ;**

- Les dommages résultant de l'usage de drogues ou de stupéfiants non prescrits médicalement ;
- Les dommages résultant du fait d'émeutes, d'insurrections, d'actes de terrorisme ou de sabotage quel que soit le lieu où se déroulent ces événements et quels qu'en soient les protagonistes dès lors que l'assuré y prend une part active ;
- Les dommages résultant du risque de navigation aérienne, lorsque l'assuré se trouvait à bord d'un appareil non muni d'un certificat valable de navigabilité ou conduit par un pilote ne possédant pas de brevet pour l'appareil utilisé ou de licence valide, ce pilote pouvant être l'assuré lui-même ;
- Les dommages résultant de tous sports pratiqués à titre professionnel ou donnant lieu à une rémunération ;
- Les dommages résultant de la participation à des paris, défis, tentatives de records.

§ 2

Aucune prestation n'est due lorsque le sinistre entre dans l'un des risques exclus définis ci-dessus et aucun remboursement de cotisations ne peut intervenir.

SECTION 2 - Les prestations garanties

Article 7 Les formules proposées

Le souscripteur a le choix entre deux niveaux de garantie. Le niveau de garantie choisi dans le bulletin d'adhésion est reporté au certificat d'adhésion.

Option 1 : La garantie joue lorsque le déficit fonctionnel permanent imputable directement à l'accident est au moins égal à 5 %.

Option 2 : La garantie joue lorsque le déficit fonctionnel permanent imputable directement à l'accident est au moins égal à 30 %.

Article 8 Les préjudices indemnisés

En cas de survenance d'un accident garanti par le présent contrat, l'assureur indemnise :

- **En cas de dommages corporels**, l'assuré dont le déficit fonctionnel permanent imputable directement à l'accident est au moins égal au seuil fixé dans le certificat d'adhésion, pour les seuls préjudices listés ci-dessous (définis en Préambule) :

- Le déficit fonctionnel permanent ;
- Le préjudice esthétique permanent* ;
- Le préjudice d'agrément* ;
- Les souffrances endurées* ;
- L'assistance tierce personne* ;
- L'incidence professionnelle* ;
- Les frais de logement adaptés* ;
- Les frais de véhicules adaptés* ;
- Le préjudice scolaire, universitaire ou de formation*.

- **En cas de décès de l'assuré**, l'assureur indemnise les bénéficiaires pour les seuls préjudices listés ci-dessous (définis en préambule) :

- La perte de revenus des proches* ;
- Le préjudice d'affection ;
- Les frais d'obsèques (sur justificatifs des frais réglés par les bénéficiaires), dans la limite de 5.000 €.

Article 9 Le plafond d'indemnisation

Le cumul des indemnités versées par l'assureur au titre d'un même contrat GPM Accidents de la Vie ne peut dépasser 1.000.000 d'euros (1 million d'euros) par an, quel que soit le nombre de sinistres et d'assurés au contrat.

- Définition du plafond non consommé après sinistre

Au cours d'une même année d'assurance, le plafond d'indemnisation annuel est diminué successivement des indemnités versées après chaque sinistre.

Si le plafond est atteint en cours d'année, les sinistres postérieurs ne donneront lieu à aucune indemnisation.

Le plafond non consommé au titre d'une année d'assurance n'est pas reporté sur l'année d'assurance suivante.

- Répartition de l'indemnisation entre les assurés et/ou bénéficiaires

Si plusieurs assurés et/ou bénéficiaires doivent être indemnisés au titre d'un même sinistre pour des préjudices estimés à un montant total supérieur au plafond de garantie, l'indemnisation maximale due pour chaque assuré, décédé ou dont le déficit fonctionnel permanent est supérieur au taux fixé au certificat d'adhésion, est égale au montant du plafond non consommé à la date de réalisation du sinistre divisé par le nombre d'assurés pris en charge au titre de ce sinistre, **dans la limite de leur préjudice.**

Si le plafond d'indemnisation ainsi réparti n'est pas totalement consommé pour l'un ou plusieurs des assurés, la part non consommée sera répartie par parts égales entre les différents assurés (ou leurs bénéficiaires) n'ayant pas été totalement indemnisés, **dans la limite de leur préjudice.**

- Application du plafond en présence de sinistres non consolidés

L'assureur se réserve le droit d'attendre la consolidation* d'un assuré et l'évaluation définitive d'un sinistre avant de compléter l'indemnisation d'un autre assuré au titre du même sinistre ou de procéder à l'indemnisation d'un sinistre postérieur.

- Exemple d'application du plafond d'indemnisation entre plusieurs assurés au contrat GPM Accidents de la Vie :

Hypothèse : Souscription d'un contrat en formule Famille (4 assurés au total)

- L'assuré 1 est victime d'un premier accident garanti au cours de l'année d'assurance N (sinistre 1). Les préjudices indemnisés au titre du contrat sont évalués à 100.000 €. L'assureur verse une indemnité de 100.000 € à l'assuré 1.
- Au cours de la même année d'assurance N, un second accident garanti impliquant l'assuré 1, l'assuré 2 et l'assuré 3 se produit (sinistre 2). L'indemnisation due par l'assureur pour chacun des assurés victime du sinistre 2 sera déterminée comme suit :

Le plafond d'indemnisation non consommé au titre de l'année d'assurance N est égal à :

$$1.000.000 \text{ € (plafond d'indemnisation par an et par contrat)} - 100.0000 \text{ € (indemnité versée pour le sinistre 1)} = 900.000 \text{ €}.$$

Chacun des assurés victime du sinistre 2 sera indemnisé à hauteur des sommes suivantes :

	Assuré 1	Assuré 2	Assuré 3
Montant des préjudices des assurés impliqués dans l'accident (ou de leurs bénéficiaires en cas de décès) Total = 1.300.000 €	800.000 €	400.000 €	100.000 €
1 ^{er} versement de l'assureur pour chacun des assurés victimes du sinistre dans la double limite : - du plafond non consommé pour l'année N / nombre d'assurés victimes du sinistre (900.000 € / 3 = 300.000 €) - du préjudice de l'assuré (ou de ses bénéficiaires en cas de décès)	300.000 €	300.000 €	100.000 €
Versement complémentaire aux assurés 1 et 2 en raison de la non consommation de la totalité du plafond d'indemnisation prévu par le contrat suite au 1 ^{er} versement. (900.000 € - 300.000 € - 300.000 € - 100.000 € = 200.000 € à répartir entre les assurés victimes du sinistre et n'ayant pas été indemnisés pour la totalité de leur préjudice)	100.000 €	100.000 €	-
Indemnisation totale	400.000 €	400.000 €	100.000 €

- Après la réalisation du sinistre 2, l'assuré 4 est lui aussi victime d'un accident garanti au cours de l'année d'assurance N (sinistre 3). La totalité du plafond d'indemnisation prévu par le contrat pour l'année d'assurance N ayant été consommée, l'assureur ne versera aucune indemnité à l'assuré 4.

SECTION 3 - L'exécution des prestations

Article 10 La déclaration d'accident

L'assuré ou le bénéficiaire doit déclarer l'accident auprès de GPM Assurances S.A, Service Sinistre (Accidents de la Vie), 1 Boulevard Pasteur 75015 PARIS par courrier dès qu'il en a connaissance et au plus tard dans les cinq jours ouvrés.

L'assuré ou le bénéficiaire doit, à cet effet, faire parvenir à l'organisme assureur :

- Une déclaration écrite mentionnant les nom, prénoms, âge et domicile de l'assuré ; les nom et coordonnées des témoins ; les circonstances précises, le lieu et la date de l'accident, accompagnée de tous documents justificatifs probants ;
- Un certificat médical, sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de l'assureur, indiquant la nature des blessures ou lésions, les conséquences probables et, le cas échéant, la date approximative de la consolidation.
- Toute pièce complémentaire sollicitée par l'assureur pour apprécier les circonstances du sinistre et l'évaluation des préjudices.

La preuve de l'accident ainsi que celle de la relation directe de cause à effet entre l'accident garanti et le décès ou le déficit fonctionnel permanent de l'assuré incombent à ce dernier ou au(x) bénéficiaire(s).

L'assureur peut par ailleurs faire procéder à tous contrôles et enquêtes administratives.

En cas de non-respect du délai pour déclarer le sinistre, sauf cas fortuit ou de force majeure, une indemnité proportionnelle au dommage que le retard aura causé à l'assureur pourra être mise à la charge de l'assuré ou du bénéficiaire. Cette indemnité viendra en déduction des indemnités dues à l'assuré ou au bénéficiaire au titre du sinistre garanti.

Toute déclaration frauduleuse ayant pour effet ou pour but d'induire en erreur l'assureur sur les circonstances ou les conséquences d'un accident, entraîne la perte de tous droits à garantie pour la totalité du sinistre. S'il y a eu règlement au titre de ce sinistre, le montant réglé devra être remboursé à l'assureur.

Article 11 L'évaluation des préjudices et des indemnités

§ 1 - Détermination de l'indemnité en cas de déficit fonctionnel permanent de l'assuré

› Fixation du taux de déficit fonctionnel permanent

Le taux de déficit fonctionnel permanent subsistant après consolidation des blessures est fixé par un médecin spécialiste en indemnisation des dommages corporels désigné par la société d'assurances. L'expert se réfère au barème indicatif des déficits fonctionnels séquellaires en droit commun* - concours médical - dernière édition parue à la date de l'expertise médicale.

Lorsque le taux de déficit fonctionnel permanent est au moins égal au taux fixé dans le certificat d'adhésion, le médecin expert évalue également les différents postes de préjudices garantis au contrat.

L'expertise médicale a lieu, en tout état de cause, en France (même si l'accident est intervenu à l'étranger). L'assuré ne peut pas se soustraire à l'examen médical sous peine de non application de la garantie.

› Evaluation des préjudices indemnisés

Le médecin expert qualifie les différents préjudices subis par l'assuré et résultant directement de l'accident.

L'indemnité est déterminée par référence au droit commun.

Le déficit fonctionnel permanent dont le taux est inférieur au seuil d'intervention indiqué au certificat d'adhésion de l'assuré ne donne lieu au versement d'aucune indemnité.

› Aggravation des préjudices indemnisables

L'évolution de l'état séquellaire de l'assuré, en relation directe et certaine avec l'accident garanti, de nature à modifier les conclusions médicales qui ont servi de base à l'indemnisation initiale, ouvre droit à indemnisation. **Le cumul des indemnités successives ne peut dépasser le plafond de garantie de l'année d'assurance au cours de laquelle l'accident garanti est survenu.**

› Litiges médicaux

En cas de contestation portant sur les conclusions de l'expertise médicale, le différend peut être apprécié en dernier ressort par un médecin arbitre désigné d'un commun accord par l'organisme assureur et le médecin traitant de l'assuré.

Dans le cas où cet accord ne pourrait être réalisé, le troisième médecin serait désigné, sur la demande de la partie la plus diligente, par le Président du Tribunal de Grande Instance de Paris statuant par ordonnance de référé. Les honoraires du tiers expert sont à la charge de l'assureur.

Toutefois, dans le cas où le tiers-expert confirmerait la décision prise par l'assureur à l'égard de l'assuré, les honoraires et frais de nomination seraient à la charge de ce dernier.

§ 2 - Indemnisation en cas de décès de l'assuré

› Pertes de revenus des bénéficiaires et préjudice d'affection des bénéficiaires
L'indemnité versée aux bénéficiaires au titre de la perte de revenus et du préjudice d'affection est déterminée par référence au droit commun.

› Les frais d'obsèques

L'assureur indemnise les bénéficiaires ayant avancé les frais d'obsèques occasionnés par le décès accidentel d'un assuré et non pris en charge au titre d'un autre contrat d'assurance. L'indemnisation est effectuée sur présentation des justificatifs originaux et **dans la double limite :**

- des frais réels engagés par les bénéficiaires,
- de la somme de 5 000 € pour l'ensemble des frais d'obsèques engendrés par le décès de l'assuré (montant global maximum, quel que soit le nombre de bénéficiaires ayant participé à la prise en charge des frais d'obsèques).

› Non cumul incapacité permanente/décès

Lorsque, postérieurement au versement de l'indemnité due au titre des dommages corporels, l'assuré décède des suites de l'accident garanti, **les indemnités dues aux bénéficiaires au titre du décès ne sont versées que déduction faite des sommes déjà réglées par l'assureur à l'assuré.** Si les indemnités réglées au titre des dommages corporels sont supérieures à celles qui auraient été dues au titre du décès, elles restent acquises au patrimoine de l'assuré.

§ 3 - Non cumul des prestations

L'indemnité ne se cumule pas avec les prestations de caractère indemnitaire perçues ou à percevoir par l'assuré ou ses bénéficiaires, d'un organisme de Sécurité sociale ou de tout autre régime de prévoyance, au titre des mêmes chefs de préjudice.

Ces prestations sont portées à la connaissance de la société d'assurance par l'assuré ou ses bénéficiaires dès qu'elles leur sont notifiées par l'organisme débiteur et ont été acceptées par eux. Elles viennent en déduction de l'indemnité due au titre des préjudices indemnisés par le présent contrat, la société d'assurances verse le complément à l'assuré ou ses bénéficiaires, s'il y a lieu.

§ 4 - Offre provisionnelle

Dans le cas où le médecin expert ne peut conclure de façon définitive, mais estime que le déficit fonctionnel permanent directement imputable à l'accident dépassera le seuil fixé au contrat, une offre provisionnelle sera faite dans le mois suivant la communication à l'assureur du rapport de l'expertise médicale.

§ 5 - Offre définitive et délai de paiement

Lorsque la garantie est due, l'offre définitive d'indemnisation est faite dans un délai de cinq mois suivant la date à laquelle l'assureur a été informé de la consolidation ou du décès de l'assuré, à condition que, dans ce délai, la victime ou les bénéficiaires lui aient communiqué l'état des prestations perçues ou à percevoir.

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

Le paiement des indemnités intervient en tout état de cause sous forme d'un capital versé au(x) bénéficiaire(s) du contrat (tel(s) que défini(s) à l'article 3).

Article 12 Recours subrogatoires

Concernant les prestations à caractère indemnitaire et conformément à l'article L.131-2 du Code des assurances, l'assureur est subrogé de plein droit à l'assuré victime d'un accident dans son action contre le tiers* responsable, que la responsabilité soit entière ou qu'elle soit partagée. Cette subrogation s'exerce **dans la limite des dépenses que l'assureur a exposées, à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers.**

CHAPITRE III - LA VIE DU CONTRAT

SECTION 1 - Formation et prise d'effet du contrat

Article 13 Adhésion au contrat

§1 - Modalités d'adhésion

Préalablement à l'adhésion, l'Assureur remet au postulant à l'assurance, les informations précontractuelles imposées par la réglementation en vigueur selon le mode d'adhésion et de communication choisi par ce dernier, ainsi que les présentes conditions générales décrivant les garanties ainsi que les droits et obligations réciproques des parties.

§ 2- Formation de l'adhésion

L'adhésion est matérialisée par :

- › la remise à l'Assureur du bulletin d'adhésion sur support papier signé de façon manuscrite, ou dématérialisé et signé électroniquement par l'Assuré ;
- › la remise à l'Organisme assureur, le cas échéant, du mandat de prélèvement SEPA rempli et signé par l'Assuré ;

- › l'accomplissement, le cas échéant lorsque la demande de l'adhésion se fait via le site internet, des formalités de paiement en ligne par l'Assuré ;
- › la notification, par l'Assureur, de l'acceptation de l'adhésion concrétisée par l'envoi du certificat d'adhésion et d'un premier avis d'appel de cotisation.

En cas d'adhésion à distance, les frais afférents à la vente à distance (coûts téléphoniques, connexions Internet, frais d'impression et de ports liés à l'envoi des documents relatifs à l'offre par l'Assuré) sont à la charge de celui-ci et ne pourront faire l'objet d'aucun remboursement.

§ 3 - Dématérialisation des courriers et des documents précontractuels et contractuels

3.1 Dématérialisation

L'adhérent accepte expressément de recevoir les informations précontractuelles émanant des entités assurantielles de GPM par voie électronique. A défaut, ces informations précontractuelles lui sont remises au format papier.

L'adhérent est expressément informé que les informations, documents contractuels et l'ensemble des pièces y afférentes adressés au cours de l'exécution du contrat lui seront transmis par voie électronique, sauf opposition. L'adhérent est expressément informé qu'il peut s'opposer à l'utilisation de la voie électronique lors de la conclusion du contrat ou à tout moment au cours de son exécution.

L'adhérent est expressément informé qu'il peut, sans frais, à tout moment et par tout moyen, demander l'utilisation du support papier pour la transmission des informations et documents précités.

L'adhérent, qui a souscrit à un service fourni exclusivement par voie électronique par les entités assurantielles de GPM, est expressément informé qu'il ne peut pas s'opposer à l'utilisation de la voie électronique lors de la conclusion du contrat ou à tout moment au cours de son exécution, ni demander que le support papier soit utilisé pour la poursuite de la relation contractuelle.

L'adhérent est expressément informé de l'usage, dans le cadre de l'exécution du contrat souscrit avec des entités assurantielles de GPM, de lettres recommandées par voie électronique.

Si l'adhérent et le payeur de primes utilisent la même adresse électronique, chacun déclare avoir un accès à ladite adresse électronique et lesdits adhérents et payeurs de primes se donnent pouvoir réciproque pour retirer la lettre recommandée électronique éventuelle.

L'adhérent reconnaît et garantit qu'il dispose de la maîtrise exclusive de l'adresse électronique qu'il a indiquée, tant pour son accès et sa gestion que la confidentialité et la sécurité des identifiants et mots de passe qui lui permettent d'y accéder. L'adhérent s'engage à notifier à l'organisme assureur sans délai toute perte ou usage abusif de ses identifiants et mots de passe. Jusqu'à la date de réception d'une telle notification, toute action effectuée par l'adhérent au travers de son adresse électronique sera réputée effectuée par l'adhérent et relèvera de la responsabilité exclusive de ce dernier.

Par suite, l'adhérent reconnaît qu'il lui appartiendra de s'assurer, sous sa seule responsabilité, qu'il sera en mesure de recevoir, télécharger et éventuellement imprimer les pièces jointes des messages électroniques qui lui seront adressées sous format imprimable.

Chaque utilisation de son compte personnel par l'adhérent constitue l'acceptation de la dernière version de la convention d'utilisation du site adhérent, disponible sur le compte personnel de l'adhérent en format imprimable.

3.2 Convention sur la preuve

L'adhérent reconnaît à l'écrit sur support électronique la même force et valeur probante que l'écrit sur support papier.

L'adhérent reconnaît expressément et accepte que la preuve des opérations réalisées sur le site adhérent soit rapportée par tout support durable constatant lesdites opérations. L'adhérent s'engage à reconnaître comme support durable, notamment : le papier, les clés USB, les cartes à mémoire, les disques durs d'ordinateur, les courriels, ainsi que tout autre instrument permettant de conserver les informations d'une manière qui permet de s'y reporter aisément pendant un laps de temps adapté aux fins auxquelles les informations sont destinées et qui permet la reproduction identique desdites informations.

En conséquence, l'adhérent reconnaît et accepte expressément que les informations, documents contractuels et l'ensemble des pièces y afférentes puissent être établis et conservés sur tout support durable.

Les informations précontractuelles et les documents contractuels dématérialisés sont disponibles dans son Espace Adhérent dans un délai de 24h.

L'Adhérent reconnaît expressément et accepte :

- L'enregistrement de sa navigation sur l'Espace Adhérent, et notamment ses « clics » de souris ou autre périphérique, comme mode de preuve des obligations souscrites via l'Espace Adhérent ;
- Que ces enregistrements effectués par GPM ont pleine valeur probante à son égard ;
- Qu'en cochant la case libellée « J'accepte de recevoir les informations précontractuelles, émanant des entités assurantielles de GPM, par voie électronique. », il accepte la dématérialisation desdits documents ;
- Qu'en ne cochant pas la case libellée « Je n'accepte pas de recevoir les informations, courriers de gestion, documents contractuels et pièces y afférentes émanant des entités assurantielles de GPM par voie électronique » il accepte la dématérialisation desdits documents ;
- Que toute opération effectuée, après s'être authentifié avec son mot de passe sur son Compte Personnel accessible sur l'Espace Adhérent, est réputée effectuée par lui-même.

Article 14 Prise d'effet du contrat et renonciation

§ 1 – Prise d'effet du contrat

1.1 Adhésion sur support papier et sur tablette

Le contrat produit ses effets à la date indiquée au certificat d'adhésion, et au plus tôt :

- au lendemain zéro heure de la date de signature du bulletin d'adhésion, sous réserve :

- de la notification de l'acceptation par l'Assureur,
- et du paiement de la première cotisation ou fraction convenue de celle-ci.

➤ ou à une date ultérieure expressément indiquée sur le bulletin d'adhésion.

Le règlement des cotisations s'effectue par prélèvement automatique ou par chèque dans le cadre de l'adhésion sur support papier.

Faute pour l'Assuré d'avoir réglé le montant du premier appel de cotisation dans les trente jours suivant son émission, ou en cas de chèque rejeté, l'acceptation de l'adhésion est caduque et l'assurance de nul effet.

En aucun cas le contrat ne peut prendre effet à une date antérieure à celle de la signature du bulletin d'adhésion.

1.2 Adhésion via le site internet

Le contrat produit ses effets à la date indiquée sur le bulletin d'adhésion signé électroniquement.

Le règlement s'effectue pour la première cotisation par carte bancaire (paiement en ligne) puis au renouvellement annuel par prélèvement automatique.

L'adhésion ne devient effective qu'après la confirmation du paiement en ligne.

A l'issue de la confirmation du paiement en ligne, l'internaute est informé que le contrat ainsi validé est produit par GPM ASSURANCES S.A. sous la forme d'un fichier PDF et que ce fichier est scellé par l'intermédiaire de la signature électronique de l'assureur, garantissant l'intégrité des documents ainsi produits.

L'Assuré peut demander que son contrat prenne effet immédiatement, en cochant une case prévue à cet effet sur la demande d'adhésion. Dans ce cas, cette demande entraîne l'encaissement de la première cotisation mais ne le prive pas de sa faculté de renonciation.

En aucun cas le contrat ne peut prendre effet à une date antérieure à celle de la signature du bulletin d'adhésion.

§ 2 – Délais de renonciation

2.1 Délai de renonciation en cas de vente à distance y compris en cas de démarchage téléphonique

Lorsque l'assuré adhère au contrat dans le cadre d'une vente à distance (sans avoir rencontré de conseiller de l'Assureur pour la souscription du contrat), il dispose d'un droit de renonciation.

2.1.1 Conditions d'exercice de la faculté de renonciation

À compter du jour où le contrat à distance est conclu, l'Assuré dispose d'un délai de quatorze jours calendaires révolus pour renoncer à son adhésion, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalité.

Cette renonciation doit être effectuée obligatoirement par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception selon le modèle joint à la présente notice.

Ce délai expire le dernier jour à 24 heures, il n'est pas prorogé s'il expire un samedi, un dimanche ou un jour férié chômé.

Pendant le délai de renonciation, la prise d'effet du contrat étant suspendue, les cotisations et les prestations ne sont exigibles qu'à l'expiration de ce délai au terme duquel elles devront être versées rétroactivement.

Toutefois, si l'Assuré a demandé expressément, dans le bulletin d'adhésion, l'exécution immédiate de son contrat sans attendre la fin du délai de renonciation, les cotisations et les prestations sont dues dès la date d'effet du contrat.

2.1.2 Effet de la renonciation

- En cas d'exercice du droit de renonciation dans le délai prévu ci-dessus, le contrat sera considéré comme n'ayant jamais pris effet. Aucune cotisation ne sera due par l'Assuré, ni aucune prestation par l'Assureur.
- Toutefois, si à la demande expresse de l'Assuré, le contrat a produit ses effets immédiatement sans attendre l'expiration du délai de renonciation, il sera mis fin rétroactivement au contrat à compter de la date de réception de la lettre recommandée ou de l'envoi recommandé électronique.

GPM Assurances S.A. rembourse la quote-part de cotisation correspondant à la période postérieure à la renonciation, pendant laquelle l'Assuré n'a pas bénéficié de la couverture, au plus tard dans les 30 jours à compter de la date de réception de la renonciation de l'Assuré en utilisant le même moyen de paiement que celui utilisé par l'Assuré pour le paiement de la première cotisation. Toutefois, et sous réserve de son accord exprès un autre moyen de paiement pourra être utilisé dans la mesure où le remboursement n'occasionne pas de frais pour l'Assuré.

En contrepartie, l'Assureur conservera la quote-part des cotisations afférente à la période ayant couru entre la date d'effet du contrat et la date de réception de la renonciation et correspondant à la couverture dont aura bénéficié l'Assuré durant la période d'exécution du contrat.

De même, l'Assuré devra, le cas échéant, restituer les prestations reçues pendant la période antérieure à la renonciation, dans les 30 jours suivant celle-ci.

Au-delà de ce délai, les sommes non restituées produisent de plein droit intérêt au taux légal.

2.2 Délai de renonciation en cas de démarchage hors démarchage téléphonique

2.2.1 Conditions d'exercice de la faculté de renonciation

Lorsque l'Assuré adhère au contrat après avoir fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, il dispose de la faculté d'y renoncer pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour où le contrat est conclu sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités.

Cette renonciation doit être effectuée obligatoirement par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception selon le modèle joint au présent contrat.

Ce délai expire le dernier jour à 24 heures, il n'est pas prorogé s'il expire un samedi, un dimanche ou un jour férié chômé.

2.2.2 Effets de la renonciation

L'exercice du droit de renonciation dans le délai prévu ci-dessus entraîne la résiliation du contrat à compter de la date de réception, par l'Assureur, de la lettre recommandée ou de l'envoi recommandé électronique.

Dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat, l'Assuré ne peut plus exercer ce droit de renonciation.

En cas de renonciation, l'Assureur conservera la quote-part des cotisations correspondant à la couverture dont aura bénéficié l'Assuré durant la période d'exécution du contrat. L'Assureur est tenu de rembourser le solde au plus tard dans les 30 jours suivant la date de fin du contrat. Au-delà de ce délai, les sommes non versées produisent de plein droit intérêt au taux légal.

Toutefois, l'intégralité de la cotisation reste due à l'Assureur si l'Assuré exerce son droit de renonciation alors qu'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat et dont il n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.

SECTION 2 – Cotisations

Article 15 Paiement de la cotisation

§ 1

1.1 Adhésion sur support papier en « face à face » ou dans le cadre d'une vente à distance

La cotisation annuelle et, s'il y a lieu, les taxes y afférentes selon la réglementation en vigueur, sont payables d'avance aux dates d'échéance mentionnées sur l'appel de cotisations lors de l'adhésion puis lors du renouvellement.

La première cotisation est calculée à compter de la date de prise d'effet de l'adhésion et jusqu'au 31 décembre de l'année en cours.

Le règlement s'effectue par prélèvement automatique ou par chèque.

1.2 Adhésion en ligne (via le site internet)

La cotisation annuelle et, s'il y a lieu, les taxes y afférentes selon la réglementation en vigueur, sont indiquées dans le récapitulatif de la demande lors de l'adhésion. Elles sont payables d'avance aux dates d'échéance mentionnées sur l'appel de cotisation lors du renouvellement. La première cotisation est calculée à compter de la date de prise d'effet de l'adhésion et jusqu'au 31 décembre de l'année en cours.

Le règlement s'effectue pour la première cotisation annuelle par carte bancaire (paiement en ligne) puis par prélèvement automatique ou par chèque.

1.3 Adhésion sur une tablette numérique en « face à face »

La cotisation annuelle et, s'il y a lieu, les taxes y afférentes selon la réglementation en vigueur, sont indiquées dans le formulaire tablette lors de l'adhésion. Elles sont payables d'avance aux dates d'échéance mentionnées sur l'appel de cotisations lors de l'adhésion puis lors du renouvellement.

La première cotisation est calculée à compter de la date de prise d'effet de l'adhésion et jusqu'au 31 décembre de l'année en cours.

Le règlement s'effectue par prélèvement automatique.

§ 2

Dans tous les cas susvisés, faute pour le souscripteur d'avoir réglé le montant du premier appel de cotisation dans les 30 jours suivant son émission, l'acceptation de l'adhésion est caduque et le contrat est de nul effet.

§ 3

La cotisation annuelle peut donner lieu à la demande du souscripteur et sous réserve d'opter pour le prélèvement automatique, à un paiement fractionné, semestriel, trimestriel ou mensuel.

§ 4

La cotisation peut être révisée lors du renouvellement annuel du contrat suite à la modification du tarif portée à la connaissance du souscripteur dans les conditions visées à l'article 20.

Article 16 Non-paiement des cotisations

Conformément à l'article L.113-3 du Code des assurances, lorsque la cotisation n'est pas payée dans les dix jours de son échéance, l'organisme assureur adresse au souscripteur une lettre recommandée l'informant qu'à l'expiration d'un délai de 40 jours à dater de l'envoi de cette lettre, le défaut de paiement de la cotisation ou fraction de cotisation échue ainsi que les cotisations venues éventuellement à échéance entre temps, entraîne de plein droit la résiliation du contrat.

SECTION 3 – Durée, renouvellement et résiliation du contrat

Article 17 Durée du contrat et renouvellement

Le contrat est souscrit pour une durée expirant le 31 décembre de l'année de souscription. Il est renouvelable annuellement par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année sauf dénonciation par le souscripteur avant le 31 octobre pour prendre effet au 31 décembre selon les modalités précisées à l'article 18 ci-après.

La tacite reconduction ne peut en aucun cas être supérieure à un an.

Article 18 Résiliation du contrat

I – Cas de résiliation

§ 1 – L'organisme assureur procède à la résiliation du contrat en cas de non-paiement des cotisations dans les conditions prévues à l'article 16 ci-dessus.

§ 2 – Le contrat est résilié de plein droit à l'échéance annuelle en cas de dénonciation par le souscripteur, opérée au moins deux mois avant la date d'échéance au choix :

- soit par lettre adressée au siège social de l'organisme assureur, par mail à l'adresse gestion.des.contrats@gpm.fr ou tout autre support durable ;
- soit par déclaration faite au siège social ;
- soit par acte extrajudiciaire ;
- soit lorsque l'organisme assureur propose la conclusion de contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication.

Une confirmation écrite de la réception de demande de dénonciation lui est adressée par l'organisme assureur.

De même, sous réserve de l'application des dispositions de l'article 6 de la loi Evin n° 89-1009 du 31 décembre 1989, le contrat pourra être résilié à l'échéance annuelle en cas de résiliation par l'assureur, opérée par courrier recommandé au moins deux mois avant la date d'échéance.

§ 3 – Le contrat pourra être résilié immédiatement par l'assureur en cas de fausse déclaration de l'assuré ou des bénéficiaires sur les circonstances et les conséquences de l'accident.

§ 4 – En cas de résiliation par l'assureur d'un autre des contrats du souscripteur après sinistre, le souscripteur pourra dénoncer le présent contrat d'assurance dans un délai de 30 jours suivant la notification de la résiliation de la police sinistrée selon les modalités précisées au §2 ci-dessus.

§ 5 – En cas de modification des garanties et/ou des tarifs du contrat d'assurance par l'assureur dans les conditions prévues à l'article 20 ci-dessous, le souscripteur a la faculté de dénoncer son adhésion au contrat dans un délai de 30 jours suivant la communication de cette information selon les modalités précisées au §2 ci-dessus.

§ 6 – En application de l'article L.113-16 du Code des assurances, en cas de survenance d'un des événements suivants :

- Changement de domicile,
- Changement de situation patrimoniale,
- Changement de régime matrimonial,
- Changement de profession,
- Retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle,

le contrat d'assurance peut être résilié par chacune des parties lorsqu'il a pour objet la garantie des risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle.

La résiliation du contrat ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de l'événement.

La résiliation prend effet un mois après que l'autre partie au contrat en a reçu notification.

II – Effets de la résiliation du contrat

La résiliation du contrat met fin définitivement à l'assurance **et prive de tout droit à prestation l'assuré ou le bénéficiaire pour le décès ou le déficit fonctionnel permanent résultant d'un accident survenu postérieurement à la date de la résiliation. Aucun remboursement de cotisation ne peut intervenir pour les périodes antérieures à la résiliation.**

SECTION 4 – Modification du contrat

Article 19 Modification des garanties à la demande du souscripteur

Le souscripteur peut demander un aménagement de son contrat (modification des options de souscription), sous réserve d'en formuler la demande par lettre. En cas de diminution des garanties, la nouvelle garantie ne peut prendre effet avant le 1^{er} janvier suivant. En cas d'augmentation des garanties, la nouvelle garantie prendra effet le 1^{er} du mois suivant la réception de la demande par l'assureur.

La modification apportée donne lieu à l'émission d'un avenant au certificat d'adhésion.

Article 20 Modification des tarifs à la demande de l'assureur

Les modifications des tarifs applicables lors du renouvellement annuel du contrat sont portées à la connaissance du souscripteur par avenant adressé avant le 31 décembre et sont appliquées à la date du prochain renouvellement du contrat (1^{er} janvier suivant).

Le souscripteur a la possibilité de refuser cette modification en dénonçant son contrat dans les trente jours suivant la communication de cette information selon les modalités précisées au §2 de l'article 18 ci-dessus.

SECTION 5 – Forclusion – Prescription – Réclamation – Médiation

Article 21 Forclusion

L'assuré, le souscripteur ou le bénéficiaire sont tenus de se conformer aux délais de déclaration de sinistre prévus pour chacune des garanties.

Article 22 Prescription

Tous les droits et actions afférents au présent contrat se prescrivent dans les conditions prévues aux articles L.114-1 à L.114-3 du Code des assurances :

Article L. 114-1 du Code des assurances (points de départ et délais de prescription) :

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

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

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

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

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

Article L. 114-2 du Code des assurances (causes d'interruption du délai de prescription) :

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

Il est par ailleurs précisé que les causes ordinaires d'interruption de la prescription prévues par le Code civil sont les suivantes :

➤ article 2240 du code civil : la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (c'est notamment le paiement des intérêts, une reconnaissance de responsabilité, un engagement de payer...)

➤ articles 2241 à 2243 du code civil : une demande en justice

➤ articles 2244 à 2246 du code civil : une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée

Article L.114-3 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 ».

Article 23 Réclamation – Médiation

Pour toute réclamation concernant l'application du présent contrat l'assuré peut écrire :

- par courrier à GPMA - Service Réclamation - 1 Boulevard Pasteur 75015 PARIS,
- ou par email à reclamation@gpm.fr.

L'assuré peut saisir la Médiation de l'Assurance 2 mois après l'envoi d'une première réclamation écrite, quel que soit l'interlocuteur ou le service auprès duquel la réclamation a été formulée et que l'assuré ait eu ou non une réponse. L'assuré peut à ce titre :

- envoyer un dossier écrit à « La Médiation de l'Assurance » TSA 50 110 - 75 441 Paris cedex 09, comportant les informations suivantes : le nom de l'assureur : « GPM ASSURANCES S.A. », les dates des principaux événements à l'origine du différend et un bref résumé du litige, les décisions ou réponses de GPM Assurances S.A. qui sont contestées, la photocopie des courriers échangés, le numéro du contrat d'assurance et celui du dossier en cas de sinistre.

- ou saisir en ligne le Médiateur en complétant un formulaire de saisine sur le site de la Médiation de l'Assurance : <http://www.mediationassurance.org>.

L'avis motivé du Médiateur, rendu en droit ou en équité, est notifié dans les trois mois de sa saisine.

Cet avis ne lie pas les parties, l'assuré conserve le droit de saisir les tribunaux. Cet avis est également confidentiel, les parties s'interdisant d'en faire état devant les tribunaux.

Article 24 Autorité de contrôle

GPM Assurances SA est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4 Place de Budapest - CS 92459 75436 Paris Cedex 09.

Article 25 Protection des données

Traitements conjointement mis en œuvre par l'Assureur et le Distributeur. Les responsables conjoints du traitement sont l'Assureur et le Distributeur.

Finalités et bases légales. Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la passation, l'exécution du contrat, la gestion des adhésions et des relations avec les adhérents et, le cas échéant, avec leurs bénéficiaires ou ayants droit, la gestion des prestations, des réclamations, du recouvrement des cotisations, des procédures précontentieuses et contentieuses et du recours subrogatoire.

Elles sont également utilisées (à l'exception du numéro de sécurité sociale), sauf opposition de la part de l'Adhérent, pour lui adresser de la prospection commerciale sur des contrats d'assurance et services assurés ou distribués par les entités de Groupe Pasteur Mutualité sur la base de son intérêt légitime. L'Adhérent peut s'opposer dès la conclusion de son contrat et à tout moment à la prospection commerciale réalisée par les distributeurs et les entités assurantielles de Groupe Pasteur Mutualité.

Avec le consentement de l'Adhérent, elles peuvent également être transmises (à l'exception du numéro de sécurité sociale) aux partenaires contractuels et institutionnels des distributeurs et des entités assurantielles de Groupe Pasteur Mutualité pour recevoir des propositions commerciales, informations ou animations de leur part.

Les données relatives à la santé recueillies seront exclusivement traitées pour la passation, la gestion et l'exécution du contrat et ce, avec le consentement de l'adhérent.

Dans le cadre de leurs obligations légales, l'Assureur et le Distributeur mettent également en œuvre des traitements de données à caractère personnel ayant pour finalité :

- la lutte contre la fraude pouvant notamment conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude ;
- la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme et l'application des sanctions financières.

L'adresse postale et l'adresse électronique de l'Adhérent sont traitées à des fins de normalisation et de fiabilisation. L'adresse postale de l'Adhérent est également traitée à des fins de géocodage et de calcul des distances et durées de trajets. Ce traitement est basé sur les intérêts légitimes de l'Assureur et du Distributeur d'optimiser la prise de rendez-vous des conseillers ainsi que les déplacements de ces derniers.

Caractère obligatoire des données. Les données à caractère personnel dont la communication est obligatoire à la gestion du contrat et des prestations associées sont indiquées comme telles. L'Adhérent est informé que sans ces données à caractère personnel, l'Assureur et le Distributeur ne seront pas en mesure d'exécuter le contrat.

Durées de conservation des données. Les données recueillies sont conservées pendant la durée de la relation contractuelle. Au terme de celle-ci, les données personnelles permettant d'établir la preuve d'un droit ou d'un contrat ou conservées au titre du respect d'une obligation légale sont archivées conformément aux dispositions en vigueur (prescriptions légales). Les données utilisées à des fins de prospection et d'information commerciale sont conservées pendant une durée de trois ans à compter du terme de la relation commerciale.

Destinataires des données. Les destinataires des données sont les conseillers du Distributeur et les équipes internes de l'Assureur en relation avec l'Adhérent et, le cas échéant, les bénéficiaires ou ayants-droits,

les collaborateurs en charge de l'actuariat ainsi que les partenaires contractuels et institutionnels, les mandataires (Caisse de Sécurité Sociale, etc.) et réassureurs qui interviennent dans la réalisation des finalités définies aux présentes.

Seuls ont accès aux données relatives à la santé le médecin conseil de l'Assureur, le personnel expressément habilité à cet effet ainsi que, le cas échéant, le médecin conseil du réassureur.

En fonction des choix exprimés et modifiables sur demande à tout moment, les distributeurs et les entités assurantielles de Groupe Pasteur Mutualité, ainsi que le cas échéant, leurs partenaires contractuels et institutionnels peuvent accéder aux données à caractère personnel.

Les données de santé à caractère personnel sont hébergées conformément à l'article L. 1111-8 du Code de la santé publique au sein de notre établissement ou d'un établissement dûment autorisé (agrée ou certifié).

Dans la limite de leurs attributions et des prestations confiées, les collaborateurs des prestataires techniques qui concourent à la mise en œuvre des finalités décrites au présent article ont accès aux données à caractère personnel.

Droits des adhérents et modalités d'exercice. Conformément à la réglementation relative à la protection des données à caractère personnel,

les adhérents et leurs bénéficiaires ou ayants droit bénéficient, dans les conditions définies par celle-ci, d'un droit d'accès, d'un droit de rectification, d'un droit à l'effacement (droit à l'oubli), d'un droit d'opposition, d'un droit à la limitation du traitement et d'un droit à la portabilité. Il est toutefois rappelé que l'exercice du droit d'opposition peut empêcher la souscription ou l'exécution des présentes garanties. Les adhérents peuvent également définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de leurs données à caractère personnel après leur décès.

Ils peuvent exercer leurs droits en s'adressant à GPM Assurances S.A, Délégué à la protection des données - 1 Boulevard Pasteur - CS 32 563 - 75724 PARIS Cedex 15 - dpo@gpm.fr, sur justification de l'identité (en cas de doute raisonnable sur votre identité, une pièce d'identité pourra vous être demandée).

En cas de réclamation, ils peuvent choisir de saisir la CNIL.

Pour le traitement relatif à la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, le droit d'accès s'exerce auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) - 3 place Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS.

Ils disposent, en outre, d'un droit d'inscription sur une liste d'opposition au démarchage téléphonique qu'ils peuvent exercer sur www.bloctel.gouv.fr.

MODÈLE DE LETTRE-TYPE DE RENONCIATION À L'ADHÉSION AU CONTRAT

À compléter et à adresser par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec accusé de réception au plus tard dans le respect des délais mentionnés à l'article 14 des présentes conditions générales à GPM ASSURANCES S.A. : 1 Boulevard Pasteur 75015 PARIS.

« Monsieur le Président,

Je soussigné(e),

domicilié(e) à :

vous prie de bien vouloir prendre note, qu'usant de la faculté qui m'est conférée par l'article 14 des conditions générales, je désire renoncer à mon adhésion au contrat GPM Accidents de la Vie n° souscrit auprès de votre organisme.

(A indiquer uniquement en cas d'adhésion à distance et si vous avez expressément demandé l'exécution du contrat à effet de la date prévue au bulletin de souscription :)

Ayant expressément demandé l'exécution du contrat à effet de la date prévue au bulletin d'adhésion, je demande le remboursement des cotisations correspondant à la période postérieure à la renonciation et m'engage à vous rembourser le montant des prestations perçues pendant la période antérieure à la renonciation.

(A indiquer uniquement en cas de renonciation en cas de démarchage hors démarchage téléphonique :)

Je n'ai connaissance de la survenance d'aucun événement susceptible de déclencher la mise en œuvre des prestations assurées par le présent contrat ».

Fait à, le..... (signature de l'adhérent)

COMMENT CONTACTER GARANTIE ASSISTANCE

› Téléphone : - de France : 09 77 40 70 46
- de l'étranger : +33 9 77 40 70 46

› Télécopie : 09 77 40 17 88
› Courriel : operations@garantieassistance.fr

› 24 heures sur 24, en indiquant le numéro de votre contrat : 000002065

IMPORTANT : Pour que les prestations d'assistance soient acquises, GARANTIE ASSISTANCE doit avoir été prévenue (par téléphone ou télécopie) et avoir donné son accord préalable.

Article 1 Dispositions générales

GPM Assurances SA a souscrit au profit de ses assurés un contrat collectif d'assistance N° 000002065 auprès de **GARANTIE ASSISTANCE**.

Les dispositions qui suivent ont pour objet de définir les prestations d'assistance accordées aux assurés d'un contrat GPM Accidents de la Vie souscrit auprès de **GPM Assurances SA**.

Ces prestations sont gérées par **GARANTIE ASSISTANCE**, Société anonyme au capital de 1 850 000 € - 312 517 493 RCS NANTERRE, entreprise régie par le Code des Assurances, dont le siège social est situé 108, Bureaux de la Colline, 92210 SAINT-CLOUD.

§ 1.1 - Bénéficiaires

Toute personne physique assurée par le contrat GPM Accidents de la Vie souscrit auprès de **GPM Assurances S.A.**

§ 1.2 - Validité Territoriale

Les garanties sont valables :

- › pour les prestations 2.1., 2.2., 2.3, 2.4. : au domicile* en France telle que définie au 1.4.
- › pour les prestations 2.5. et 2.6. : en France à plus de 50 Km du domicile* du bénéficiaire et dans le reste du Monde (hors pays en état de guerre civile ou étrangère).

La franchise kilométrique est abrogée dès lors que le bénéficiaire se trouve en pays frontalier même si ce rayon kilométrique n'est pas franchi.

A l'étranger, les garanties sont acquises à l'occasion de déplacements d'une durée maximum de 90 jours consécutifs.

§ 1.3 - Prise d'effet et durée

Pendant toute la durée de validité du contrat collectif n° 000002065 liant la **GPM Assurances SA** à **G.A.*** et au plus tôt le **15 Septembre 2014**, les assurés d'un contrat « GPM Accidents de la Vie » garanti par **GPM Assurances SA** sont couverts par les présentes Conditions Générales en cas de survenance d'un événement garanti au cours de leur adhésion.

Les garanties prennent fin :

- › à la fin du contrat « GPM Accidents de la Vie » garanti par **GPM Assurances SA**.
- › à la date de résiliation du contrat collectif n° 000002065, **GPM Assurances SA** informera les Bénéficiaires du changement de la société d'assistance chargée de garantir et fournir les prestations d'assistance équivalentes.

§ 1.4 - Définitions

Pour l'application du présent Contrat, on entend par :

Accident : toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure ou de la maladie de l'assuré.

Conjoint : le conjoint proprement dit du preneur, ou son concubin ou son partenaire lié par Pacte Civil de Solidarité.

Domicile : le lieu de résidence principale et habituelle de l'assuré et des bénéficiaires, situé en France telle que définie ci-dessous, mentionné au titre de domicile fiscal sur la déclaration d'impôt sur le revenu.

Enfant : l'enfant âgé de moins de 25 ans à charge de l'assuré et/ou de son conjoint*.

Étranger : l'ensemble des états et territoires situés géographiquement hors de France telle que définie ci-dessous.

Évènement : accidents médicaux et de la vie privée, accidents* dus à des attentats ou à des infractions, accidents* dus aux catastrophes naturelles ou technologiques.

Frais de séjour : frais d'hôtel, petit-déjeuner continental inclus.

France : France Métropolitaine, Département d'Outre-Mer, Saint Barthélemy et Saint Martin, Principautés d'Andorre et de Monaco.

G.A. : la société GARANTIE ASSISTANCE.

Hospitalisation : tout séjour dans un établissement de santé supérieur à 24 heures (sauf stipulation contraire), effectué dans le but de recevoir des soins à la suite d'un accident*. L'établissement de santé public ou privé (hôpital ou clinique) doit être habilité(e) à pratiquer des actes et dispenser des traitements auprès de personnes malades ou accidentées et détenir toutes les autorisations administratives et sanitaires requises.

Immobilisation : toute immobilisation temporaire au domicile* supérieure à 5 jours (sauf stipulation contraire), médicalement prescrite et consécutive à un accident*.

Traumatisme : état psychologique du bénéficiaire consécutif à un accident* qui nécessite l'aide extérieure d'un professionnel pour lui permettre de surmonter cet état qui se manifeste par un stress aigu, des insomnies, une anxiété, des symptômes dépressifs, d'agitation ou d'angoisse.

NB : Les termes définis ci-dessus sont signalés par un astérisque (*) dans les conditions générales.

§ 1.5 - Risque couvert

Évènements* garantis survenus dans le cadre de la vie privée uniquement et provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure ou de la maladie de l'assuré.

§ 1.6 - Engagement financier - mise en œuvre des garanties

1.6.1. Nécessite de l'appel préalable

Pour que les prestations d'assistance ci-après exposées soient acquises, **G.A.*** doit avoir été prévenue au préalable par téléphone ou par télécopie, avoir communiqué un numéro de dossier et exprimé son accord préalable :

GARANTIE ASSISTANCE

N° Téléphone : 09 77 40 70 46
de l'étranger : +33 9 77 40 70 46
N° Télécopie : 09 77 40 17 88

L'organisation par le bénéficiaire ou par son entourage de l'une de ces prestations ne donne lieu à aucun remboursement de la part de G.A.*.

Pour toute demande d'assistance, le bénéficiaire (ou toute autre personne agissant en son nom) doit :

- › contacter **G.A.*** sans délai (voir coordonnées et modalités ci-avant) ;
- › fournir les renseignements suivants :
 - le numéro du contrat d'assurance ou d'adhésion,
 - son nom, prénom, le lieu où il se trouve et, si possible, le numéro de téléphone où il pourra éventuellement être contacté,
 - la nature des difficultés motivant l'appel,
 - les noms, adresse et numéro de téléphone du médecin ou, le cas échéant, de la clinique ou de l'hôpital dans lequel est soigné le bénéficiaire, afin que **G.A.*** puisse se mettre en rapport avec eux et suivant les décisions de l'autorité médicale, servir les prestations garanties adaptées à la situation.

1.6.2. Engagements financiers

Sans préjudice des règles exposées au 1.6.1, toute demande de remboursement adressée par le bénéficiaire à G.A.* devra être accompagnée des pièces justificatives originales correspondant à la demande.

En cas de prise en charge des frais de séjour* à l'hôtel, **G.A.* ne participe qu'aux frais de location de chambre réellement exposés, dans la limite des plafonds indiqués ci-après, et à l'exclusion de tout autre frais.**

1.6.3. Avance de frais

Dans le cadre de certaines garanties stipulées dans la présente Convention, **G.A.*** peut verser au bénéficiaire, à sa demande, une avance de fonds afin de lui permettre de faire face à certaines dépenses imprévues.

- **1.6.3.1. Conditions préalables au versement de l'avance par G.A.***
À titre de garantie de remboursement par le bénéficiaire de l'avance consentie, G.A.* adressera un certificat d'engagement au bénéficiaire qui devra le renvoyer dûment complété et signé par ses soins à G.A.* L'avance sera mise en œuvre après réception dudit certificat d'engagement par G.A.*

Le bénéficiaire devra joindre au certificat d'engagement transmis à G.A.* un chèque certifié ou un chèque de banque.

- **1.6.3.2. Délai de remboursement de l'avance à G.A.***
Le bénéficiaire s'engage à rembourser à G.A.* la somme avancée par cette dernière dans un délai de 3 mois à compter de la date de l'avance.

- **1.6.3.3. Sanctions**
A défaut de remboursement dans le délai de 3 mois, la somme deviendra immédiatement exigible et G.A.* pourra, sans mise en demeure préalable, prendre toutes mesures susceptibles d'en assurer le recouvrement.

1.6.4. Titres de transport

En cas de transport organisé par G.A.* en application de l'une des garanties d'assistance, le bénéficiaire consent à utiliser en priorité ses titres de voyage initiaux, modifiés ou échangés.

A défaut de modification ou d'échange, le bénéficiaire s'engage à accomplir toutes les démarches nécessaires au remboursement des titres non utilisés et à reverser les sommes correspondantes à G.A.*, et ce dans les 90 jours qui suivent son retour.

Seuls les frais supplémentaires (résultant d'une modification, d'un échange ou d'un remboursement des titres de transport) par rapport au prix du titre initial acquitté par le bénéficiaire pour son retour au domicile* seront pris en charge par G.A.*.

§ 1.7 – Réclamations

Toute réclamation portant sur le traitement de la demande d'assistance (délai, qualité, contenu prestation fournie, etc.) doit être formulée dans un premier temps auprès du service qui a traité cette demande soit par téléphone au numéro indiqué au 1.6.1, soit à operations@garantieassistance.fr, qui veillera à répondre dans les meilleurs délais (maximum 15 jours).

Si la réponse formulée à sa réclamation ne le satisfait pas, le bénéficiaire peut adresser un courrier précisant le motif du désaccord à l'adresse suivante : **GARANTIE ASSISTANCE** - Service Réclamations, 108 Bureaux de la Colline, 92210 SAINT-CLOUD ou à reclamations@garantieassistance.fr.

Une réponse est formulée dans un délai de 15 (quinze) jours à compter de la réception du courrier de réclamation. Si l'instruction de la réclamation nécessite un examen justifiant un délai supplémentaire, G.A.* envoie un courrier accusant réception de la réclamation et précisant la date probable de réponse.

§ 1.8 – Loi applicable

Le présent Contrat est soumis à la Loi française.

Toutes contestations relatives à l'interprétation ou l'exécution des présentes Conditions Générales seront soumises aux tribunaux dans le ressort desquels se situe le domicile* du défendeur.

§ 1.9 – Prescription

La prescription est l'extinction d'un droit après un délai prévu par la loi. Toutes actions dérivant du présent Contrat sont prescrites dans les délais et termes du Code des Assurances :

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

Toutefois, ce délai ne court :

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

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires (citation en justice, commandement ou mesure d'exécution forcée) d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité. 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.

§ 1.10 – Subrogation

G.A.* est subrogée, dans les termes de l'article L.121-12 du Code des Assurances jusqu'à concurrence des sommes payées par elle, dans les droits et actions du bénéficiaire contre tout responsable.

Si la subrogation ne peut, du fait de l'Assuré*, s'opérer en faveur de G.A.*, la garantie de celle-ci cesse d'être engagée dans la mesure même où la subrogation aurait pu s'exercer.

G.A.* peut renoncer, moyennant stipulation expresse aux Conditions Particulières, à l'exercice d'un recours. Toutefois, si le responsable est assuré, G.A.* peut malgré sa renonciation exercer son recours dans la limite de cette assurance.

§ 1.11 – Contrôle

G.A.* 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.

§ 1.12 – Informatique et libertés

Les informations recueillies auprès du bénéficiaire lors de l'adhésion aux présentes Conditions Générales puis lors du traitement d'une demande d'indemnisation font l'objet d'un traitement informatique destiné exclusivement à la fourniture des prestations garanties. En adhérant au contrat, le bénéficiaire consent à ce traitement informatique.

Dans ce cadre, le bénéficiaire est informé que les données personnelles le concernant peuvent être transmises aux partenaires liés contractuellement à G.A.* intervenant pour l'exécution des prestations d'assistance.

Conformément à la loi du 06 janvier 1978 dite "informatique et libertés", modifiée par la loi n° 2004-801 du 06 août 2004, le bénéficiaire dispose d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression relativement aux informations qui le concernent.

S'il souhaite exercer ce droit et obtenir communication des informations le concernant, il doit s'adresser à **GARANTIE ASSISTANCE**, 108 Bureaux de la Colline, 92210 SAINT-CLOUD. Il peut également pour des motifs légitimes, s'opposer au traitement des données le concernant mais un tel refus pourra empêcher l'adhésion ou l'exécution des présentes garanties.

§ 1.13 – Exclusions

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

Sont exclus des garanties d'assistance, dans tous les cas, les sinistres ayant pour origine :

- Les dommages causés par des maladies (dont les affections cardiovasculaires et vasculaires cérébrales, les affections tendineuses et musculaires, les pathologies disco-vertébrales et rhumatismales, les hernies de toutes natures), leurs suites et leurs conséquences, sauf si elles résultent directement de l'accident garanti ;
- Les affections résultant d'infections parasitaires telles que le chikungunya, la dengue, le paludisme et la trypanosomiase ;
- Les dommages subis à l'occasion d'activités professionnelles ou de fonctions publiques et/ou électives ou syndicales ou d'accidents de trajets tels que définis par le Code de la sécurité sociale ;
- Les dommages résultant d'un accident dans lequel est impliqué un véhicule terrestre à moteur ainsi que ses remorques ou semi-remorques, autres que les véhicules ferroviaires et les tramways circulant sur des voies qui leur sont propres ;
- Par exception à cette exclusion, sous réserve que les véhicules soient utilisés conformément à leur destination, sont couverts au titre de la garantie les dommages résultant :
 - de la pratique du Karting sur circuit dans le cadre des loisirs ;
 - de l'usage d'un véhicule pour enfant par un enfant (dont l'âge correspond à l'usage préconisé par le constructeur du véhicule) ;
 - de l'usage d'un engin de jardinage autoporteur ;
 - de l'usage d'un fauteuil roulant.
- Les dommages résultant des accidents causés par l'assuré qui ne respecte pas la réglementation impérative en cas de circulation avec un moyen autre qu'un véhicule terrestre à moteur ;
- Les conséquences de tout dommage que l'assuré s'est causé intentionnellement (dont le suicide et la tentative de suicide) ;
- Le dommage résultant de la participation de l'assuré à un crime, à un délit intentionnel, ou à une rixe sauf cas de légitime défense ou d'assistance à personne en danger ;
- Les dommages provenant de la guerre civile ou étrangère ;
- Les dommages dus aux effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de transmutations de noyaux d'atomes ou de la radioactivité, ainsi que ceux dus aux effets de radiations provoqués par l'accélération artificielle de particules, à l'exception de ces mêmes effets lorsqu'ils sont subis ou provoqués dans le cadre d'une thérapeutique médicale ;
- Les dommages résultant des expérimentations biomédicales ;

- Les dommages résultant de l'ivresse de l'assuré présentant un taux d'alcoolémie égal ou supérieur aux taux réglementaires en vigueur au jour du sinistre*, défini par l'article R.234-1 (alinéa 1^{er}) du Code de la route ;
- Les dommages résultant de l'usage de drogues ou de stupéfiants non prescrits médicalement ;
- Les dommages résultant du fait d'émeutes, d'insurrections, d'actes de terrorisme ou de sabotage quel que soit le lieu où se déroulent ces événements et quels qu'en soient les protagonistes dès lors que l'assuré y prend une part active ;
- Les dommages résultant du risque de navigation aérienne, lorsque l'assuré se trouvait à bord d'un appareil non muni d'un certificat valable de navigabilité ou conduit par un pilote ne possédant pas de brevet pour l'appareil utilisé ou de licence valide, ce pilote pouvant être l'assuré lui-même ;
- Les dommages résultant de tous sports pratiqués à titre professionnel ou donnant lieu à une rémunération ;
- Les dommages résultant de la participation à des paris, défis, tentatives de records.

§ 1.14 – Exonération de responsabilité

G.A.* est responsable de la nature et de la qualité des prestations d'assistance fournies aux bénéficiaires des garanties. Toutefois :

- la responsabilité de G.A.* est écartée lorsque les retards ou défaillances dans l'exécution des garanties sont imputables à une cause étrangère, notamment, aux délais et/ou aux difficultés d'obtention de documents administratifs (visas d'entrée et de sortie de territoire, passeports, etc.) qui constituent des conditions essentielles et préalables, fixées par certains états, à la circulation et/ou au transport des personnes ou des biens sur un territoire ou entre deux états donnés.
- la responsabilité de G.A.* ne pourra être recherchée lorsque le retard ou l'inexécution de la prestation d'assistance demandée par le bénéficiaire est consécutif à l'insuffisance des disponibilités locales.
- G.A.* ne peut être tenue pour responsable des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient :
 - soit, de cas de force majeure,
 - soit, d'événements tels guerre civile ou étrangère, révolution, mouvements populaires émeutes ou grèves (article L.121-8 alinéa 2 du Code des Assurances),
 - soit, des saisies ou contraintes par la force publique,
 - soit, des interdictions officielles,
 - soit, des actes de piraterie, de terrorisme ou d'attentats
 - soit, d'un enlèvement, d'une séquestration ou d'une prise d'otage,
 - soit, des tempêtes, ouragans ou catastrophes naturelles.

Article 2 Garanties accordées

§ 2.1 – Assistance en cas d'accident*

2.1.1. Accompagnement psychologique

Cette prestation s'applique à la suite d'un accident* d'un bénéficiaire ayant entraîné un traumatisme* psychologique fort.

G.A.*, sur simple appel téléphonique et selon l'avis médical du médecin traitant du bénéficiaire, est à la disposition du bénéficiaire pour mettre en relation ce dernier avec un psychologue qui déterminera avec lui le contenu de son intervention. Cette prestation est assurée en toute confidentialité.

Si nécessaire, G.A.* prend en charge le coût des consultations en cabinet pendant toute la durée de l'intervention à hauteur de **12 heures d'intervention maximum** auprès d'un spécialiste désigné par le bénéficiaire.

Aucune prise en charge ne sera acceptée par G.A.* dans les situations suivantes :

- si l'évènement* ayant causé le traumatisme* n'est pas fortuit,
- si l'évènement* fortuit n'est pas la cause du traumatisme*,
- en cas d'états résultant de l'usage de drogues, stupéfiants et produits assimilés non prescrits médicalement,
- les conséquences d'un état d'ivresse manifeste ou d'un état alcoolique tel que visé à l'article R.234-1 du Code de la route ou tout texte équivalent dans le pays dans lequel l'évènement* survient,
- en cas d'états résultant d'une tentative de suicide,
- en cas d'évènements* résultant de la pratique d'un sport exercé à titre professionnel dans le cadre d'une compétition.

2.1.2. Assistance « service info »

G.A.* recherche et communique au bénéficiaire les renseignements qui lui sont nécessaires dans les domaines mentionnés ci-après. Toute demande d'information du bénéficiaire est enregistrée immédiatement et un numéro de dossier lui est communiqué ;

G.A.* s'engage à lui fournir une réponse, si possible immédiatement, et, en tout cas, dans un délai ne dépassant pas 48 heures. Dans ce dernier cas, G.A.* se chargera alors de rappeler le bénéficiaire demandeur.

G.A.* fournit des renseignements exclusivement d'ordre privé dans les domaines suivants :

A/ Renseignements juridiques : Habitation, logement, impôt, fiscalité, assurances, allocations, retraites, justice, défense, recours, salaires, contrats de travail, associations, sociétés, commerçants, artisans, droits du consommateur, voisinage, famille, mariage, divorce, succession, affaires sociales.

B/ Renseignements vie pratique : Formalités, cartes, permis, enseignement, formation, services publics, vacances, loisirs, activités culturelles, logement.

Le contenu de l'information délivrée ne saurait excéder le champ défini par l'article 66-1 de la Loi n° 71-1130 du 31 décembre 1971.

Les prestations ci-dessus sont uniquement téléphoniques : aucune des informations dispensées par les spécialistes de G.A.* ne peut se substituer aux intervenants habituels tels qu'avocats, avoués, huissiers, etc. En aucun cas elles ne feront l'objet d'une confirmation écrite.

La responsabilité de G.A.* ne pourra en aucun cas être recherchée en cas de :

- interprétation inexacte du ou des renseignement(s) que le bénéficiaire aura obtenu(s) ;
- difficultés qui pourraient surgir ultérieurement du fait d'une utilisation inappropriée ou abusive, par le bénéficiaire, des informations communiquées.

2.1.3. Recherche et envoi d'un médecin (en France métropolitaine)

En l'absence du médecin traitant habituel, G.A.* aide le bénéficiaire à rechercher un médecin pour une visite à domicile* en lui communiquant les numéros de téléphone utiles (médecin de garde ou service d'urgence).

Les frais et honoraires du médecin restent à la charge exclusive du bénéficiaire.

L'indisponibilité ou l'éloignement trop important du médecin susceptible de se déplacer ne pourra être retenu à l'encontre de G.A.*.

§ 2.2 – Assistance en cas d'hospitalisation* du bénéficiaire supérieure à 24h, à la suite d'un accident*

Ces prestations sont mises en place au domicile* du bénéficiaire pendant et/ou à la suite immédiate de l'hospitalisation*.

2.2.1. Garde d'enfant de moins de 16 ans en cas d'hospitalisation* de l'assuré

La garantie énoncée ci-après ne se substitue en aucune façon aux interventions des services publics, ni aux prestations dues par les organismes sociaux et les employeurs.

G.A.* se réserve le droit de demander, préalablement à la mise en œuvre, tout justificatif de nature à établir la matérialité de l'évènement* motivant la demande de garanties (certificat médical descriptif adressé au Médecin Conseil de G.A.*, bulletin d'hospitalisation, etc.).

Si, **durant l'hospitalisation*** de l'assuré ses enfants de moins de 16 ans ne peuvent pas s'organiser seuls ni être confiés à une personne de son entourage, G.A.* organise et prend en charge par évènement* :

- soit leur garde par une personne qualifiée au domicile* du bénéficiaire dans la limite de **7 jours consécutifs maximum dans un délai de 1 mois à compter de la date d'admission ou de sortie de l'hôpital**. Cette personne qualifiée pourra éventuellement assurer la garde des enfants à son domicile* ;
- soit leur transfert **aller-retour en avion classe économique ou en train 1^{ère} classe** chez un proche résidant en France* ;
- soit le transfert **aller-retour en avion classe économique ou en train 1^{ère} classe** au domicile* de l'assuré d'un proche résidant en France* ;
- soit leur conduite à l'école et leur retour au domicile* à concurrence de **5 allers-retours maximum sur une semaine et dans un rayon de 25 Km du domicile***.

2.2.2. Garde de l'enfant de moins de 16 ans immobilisé* au domicile* après hospitalisation*

Si à la suite d'un accident* ayant entraîné son hospitalisation*, l'un des enfants est immobilisé* au domicile* et nécessite la présence d'un adulte à son chevet, et si l'assuré et son conjoint* ou leur entourage ne peuvent pas s'occuper de l'enfant convalescent, G.A.* organise et prend en charge les prestations décrites au 2.2.1 ci-dessus sous les mêmes conditions et dans les mêmes limites.

2.2.3. Assistance aux animaux domestiques de compagnie

Pendant l'hospitalisation*, G.A.* organise et prend en charge la garde à l'extérieur, ou l'entretien à domicile*, des petits animaux domestiques, à la condition qu'ils aient reçu les vaccinations obligatoires.

Les frais de garde et de nourriture sont pris en charge avec un maximum de **250 EUR TTC**.

Sont exclus :

- tout chien susceptible d'être dangereux c'est-à-dire les chiens de races Staffordshire bull terrier, Mastiff, American Staffordshire terrier, Tosa, les chiens assimilables par leurs caractéristiques morphologiques aux chiens de ces races ainsi que les chiens communément appelés « Pitt bull »,
- tout animal appartenant à la catégorie dite « Nouveaux animaux de compagnie » et notamment à l'une des espèces suivantes : reptiles, amphibiens, arachnides, scorpions, félins, primates, insectes,
- tout chat, chien ou furet ne remplissant pas les obligations d'identification, de vaccination et de détention de passeport fixées par la réglementation européenne,
- les animaux détenus par le bénéficiaire dans le cadre d'un élevage, d'une exploitation agricole et d'une manière générale dans le cadre d'une activité professionnelle,
- le toilettage et les soins vétérinaires.

§ 2.3 – Assistance en cas d'immobilisation* du bénéficiaire à son domicile* supérieure à 5 jours, à la suite d'un accident*

Ces prestations sont mises en place au domicile* du bénéficiaire en France*.

2.3.1. Soutien pédagogique à domicile*

Si l'immobilisation* au domicile* de l'enfant* bénéficiaire entraîne une absence scolaire de plus de 15 jours calendaires (un certificat médical pourra être sollicité).

La garantie d'assistance est valable à compter du 1^{er} jour calendaire d'absence scolaire de l'enfant*.

Elle est accordée pendant la durée effective de l'année scolaire en cours, définie par le Ministère de l'Éducation Nationale. Elle ne s'applique pas durant les vacances scolaires.

G.A.* recherche et envoie au domicile* de l'enfant* un répétiteur scolaire qui lui permettra, grâce à des cours particuliers, de poursuivre sa scolarité dans les principales matières suivantes : Français, mathématiques, langues étrangères (première et seconde langue inscrites au programme scolaire), physique-chimie, histoire-géographie, sciences naturelles.

Cette prestation s'applique du cours préparatoire à la terminale des lycées d'enseignement général.

G.A.* prend en charge, par évènement*, les coûts occasionnés à concurrence de 1 mois civil et à raison de 15 heures maximum de cours par semaine, tous cours confondus, fractionnables dans la limite de 5 déplacements du répétiteur scolaire par semaine.

Sous réserve des limitations exposées ci-dessus, la prestation est acquise autant de fois qu'il est nécessaire au cours de l'année scolaire et cesse dès que l'enfant* a repris normalement ses cours. Elle cesse en tout état de cause le dernier jour de l'année scolaire.

Tout répétiteur scolaire possède les diplômes nécessaires à son activité et a fait l'objet d'une sélection particulièrement attentive de G.A.*.

Il est autorisé par les parents à prendre contact, si cela s'avère nécessaire, avec l'établissement scolaire de l'enfant*, afin d'examiner avec son instituteur ou ses professeurs habituels l'étendue du programme à étudier. Lorsque l'enfant* est hospitalisé, les cours seront effectués, dans la mesure du possible, dans les mêmes conditions sous réserve que l'établissement hospitalier, les médecins et le personnel soignant donnent leur accord explicite à la réalisation de cette prestation.

Conditions médicales nécessaires à la mise en œuvre de la garantie : vous devrez justifier votre demande en présentant un certificat médical indiquant la nature de l'accident* et précisant que l'enfant* ne peut, compte tenu de cet accident*, se rendre dans son établissement scolaire et la durée de son immobilisation*. Le certificat médical sera adressé à l'équipe médicale de G.A.*.

Délai de mise en place : dès réception de votre appel, G.A.* mettra tout en œuvre afin qu'un répétiteur scolaire débute les cours au domicile* de l'enfant* le plus rapidement possible.

2.3.2. Aide à domicile

Si l'état de santé de l'assuré le nécessite et si son entourage ne peut lui apporter l'aide nécessaire, G.A.* organise la mise en œuvre d'une aide à domicile pour effectuer du repassage, du ménage et préparer les repas, à compter de la date du certificat médical ordonnant une immobilisation* de l'assuré de plus de 5 jours à son domicile*, sur une période d'un mois civil à concurrence d'un maximum de 21 heures de travail effectif avec un minimum de 3 heures par jour.

Cette garantie fonctionne de 8h00 à 19h00 tous les jours de la semaine hors week-ends et jours fériés ou chômés. Le nombre d'heures allouées et leur répartition sur la période définie ci-dessus sont dans tous les cas du seul ressort du service médical de G.A.*.

Les garanties énoncées ci-avant ne se substituent en aucune façon aux interventions des services publics, ni aux prestations dues par les organismes sociaux et les employeurs.

G.A.* se réserve le droit de demander, préalablement au missionnement, tout justificatif de nature à établir la matérialité de l'évènement* générant la mise en œuvre des garanties (certificat médical descriptif adressé au Médecin-Conseil de G.A.*, etc.).

2.3.3. Recherche de médicaments

Si le bénéficiaire n'est pas en mesure de se déplacer et qu'il est détenteur d'une ordonnance prescrivant l'achat urgent de médicaments, G.A.* fait le nécessaire pour rechercher, acheter et apporter au bénéficiaire ses médicaments.

G.A.* fait l'avance du coût des médicaments, qui seront remboursés par le bénéficiaire dès qu'ils lui seront apportés. G.A.* ne pourra intervenir que dans la limite des disponibilités locales (pharmacie ouverte, etc.). Le service de livraison des médicaments est pris en charge par G.A.*.

2.3.4. Présence d'un proche

Si le bénéficiaire est seul (pas de proche dans un rayon de 50 Km) lors de son immobilisation* à son domicile* d'une durée supérieure à 5 jours, G.A.* organise et prend en charge par évènement* :

- le voyage aller-retour d'un proche (parent ou ami) se trouvant en France*, à concurrence d'un billet de train 1^{ère} classe ou d'un billet d'avion classe économique pour se rendre au chevet du bénéficiaire,
- le séjour* à l'hôtel de ce proche pendant 2 nuits à concurrence de 70 EUR TTC maximum par nuit.

2.3.5. Garde-malade

Si l'état de santé de l'assuré le nécessite et si son entourage ne peut lui apporter l'aide nécessaire, G.A.* organise la mise en œuvre d'un(e) garde-malade (sous réserve qu'elle soit prescrite par le médecin traitant) au chevet du bénéficiaire à son domicile* sur une période d'un mois civil à concurrence 21 heures maximum de travail effectif avec un minimum de 3 heures par jour.

Le nombre d'heures allouées et leur répartition sur la période définie ci-dessus sont dans tous les cas du seul ressort du service médical de G.A.*.

Les garanties énoncées ci-avant ne se substituent en aucune façon aux interventions des services publics, ni aux prestations dues par les organismes sociaux et les employeurs.

G.A.* se réserve le droit de demander, préalablement au missionnement, tout justificatif de nature à établir la matérialité de l'évènement* générant la mise en œuvre des garanties (certificat médical descriptif adressé au Médecin-Conseil de G.A.*, etc.).

2.3.6. Organisation de services à domicile*

Lorsque le bénéficiaire a subi un accident* et qu'il est immobilisé* à son domicile*, G.A.* propose l'organisation et la coordination de services au quotidien.

Sur simple appel téléphonique, du lundi au vendredi (hors jours fériés), de 7h00 à 20h00, G.A.* recherche et met en relation le bénéficiaire avec le prestataire qui pourra l'aider dans la vie courante pour :

- le transport/accompagnement (ex : visite chez le médecin, à l'hôpital, chez le coiffeur, à la Poste ou à la banque, chez le vétérinaire, au supermarché, à la gare, à l'aéroport, etc.) ;
- la livraison de courses ;
- le portage de repas à domicile*, service de linge, coiffeur, pédicure, kinésithérapeute à domicile* ;
- la présence d'une dame de compagnie : personne venant faire la lecture, jouer aux cartes, discuter, aider à classer ou remplir des documents ;
- les petits dépannages (serrurerie, plomberie, électricité, vitrerie, etc.) ;
- le petit bricolage (changer les fusibles, ampoules électriques, etc.) ;
- le petit jardinage (tondre la pelouse, couper une haie, etc.).

Les frais de transport, la réalisation des courses, les travaux effectués et les frais engagés (pièces s'il a lieu, main d'œuvre et déplacement) seront réglés directement par le bénéficiaire au prestataire concerné.

§ 2.4 – Assistance en cas de dépendance (perte d'autonomie) du bénéficiaire consécutive à un accident*

Les prestations du 2.4, sont mises en œuvre si, à la suite d'un accident*, le bénéficiaire est dans un état consolidé de dépendance. L'évaluation de la dépendance est fondée sur le barème indicatif des déficits fonctionnels séquellaires et du taux de DFP (Déficit Fonctionnel Permanent) retenu par l'assureur.

Pour l'application des présentes garanties, le niveau de dépendance consolidé du bénéficiaire doit correspondre à un taux de DFP supérieur ou égal à 30 %.

2.4.1. Recherche d'établissements spécialisés

Si le bénéficiaire ne peut être maintenu à son domicile*, **G.A.*** l'informe des démarches à suivre et des établissements susceptibles de l'accueillir pendant sa convalescence.

G.A.* lui communique les coordonnées des différents établissements se trouvant dans sa région et de leurs caractéristiques.

2.4.2. Livraison / installation de matériel médical

G.A.* contacte si nécessaire, des prestataires de matériel médical (lit médicalisé, déambulateurs, etc.) et organise la livraison et l'installation du matériel.

Les frais de transport, la réalisation des courses, les travaux effectués et les frais engagés (pièces s'il y a lieu, main d'œuvre et déplacement) seront réglés directement par le bénéficiaire au prestataire concerné.

2.4.3. Adaptabilité du domicile*

Si l'état de dépendance du bénéficiaire* l'empêche de se déplacer et d'accéder seul à toutes les pièces de son domicile*, à la demande de ce dernier, **G.A.*** recherche les solutions techniques, administratives et financières susceptibles de permettre le maintien du bénéficiaire* à son domicile*.

Afin de déterminer au mieux les impératifs d'adaptation du domicile* aux besoins du bénéficiaire en perte d'autonomie de déplacement*, **G.A.*** missionne un ergothérapeute chargé d'élaborer et proposer une solution de maintien du bénéficiaire à son domicile*.

A/ Audit d'adaptabilité du domicile*

A cette fin, l'ergothérapeute :

- réalise un diagnostic technique du caractère fonctionnel du logement : évaluation de l'accessibilité du logement (étages, escaliers, couloirs, etc.) et de son adaptabilité éventuelle (possibilités d'aménagement des pièces et du mobilier, etc.) au regard de la perte définitive d'autonomie de déplacement* ;
- soumet le bénéficiaire à des tests d'évaluation de sa mobilité au sein de son logement. Cette aptitude à se déplacer, seul et en toute sécurité, est déterminée en tenant compte des équipements adaptés dont dispose le bénéficiaire lors de la réalisation du bilan (cannes, béquilles, déambulateur, fauteuil roulant, prothèses). Au besoin, l'ergothérapeute s'entretient, pour avis, avec le médecin traitant du bénéficiaire de la situation de ce dernier et de son évolution probable ;
- dresse un audit de la situation financière et administrative du bénéficiaire.

B/ Solution de maintien au domicile*

A l'issue de ces opérations, l'ergothérapeute adresse au bénéficiaire un avis sur la possibilité de maintien au domicile* comportant les renseignements suivants :

- une solution chiffrée d'aménagements immobiliers et/ou d'agencement mobilier accompagnée des coordonnées des professionnels susceptibles de les réaliser ;
- l'indication chiffrée des matériels susceptibles de faciliter les déplacements intérieurs et les coordonnées de professionnels commercialisant ce type de matériels ;
- les possibilités d'aides au financement des travaux d'adaptation de son domicile* et la mention des interlocuteurs appropriés dans ces démarches (A.N.A.H. par exemple).

Si le bénéficiaire accepte la solution suggérée par l'ergothérapeute, il retourne à **G.A.*** la solution de maintien datée et signée. A réception de l'accord écrit du bénéficiaire, **G.A.*** organise :

- la réalisation des travaux : **G.A.*** missionne, dans les meilleurs délais, les prestataires recommandés par l'ergothérapeute pour procéder à la réalisation des aménagements et agencements préconisés ;
- La commande, la livraison et l'installation des matériels médicaux spécifiques mentionnés dans la solution de maintien au domicile* rédigé par l'ergothérapeute.

G.A.* prend en charge la prestation de l'ergothérapeute, à l'exclusion de tous les autres frais.

§ 2.5 - Assistance au bénéficiaire en cas d'accident* au cours d'un déplacement en France à plus de 50 km du domicile* et à l'étranger de moins de 90 jours consécutifs

2.5.1. Conseil médical

Le conseil médical est l'avis que l'un des médecins de l'équipe médicale de **G.A.*** donne au bénéficiaire lorsqu'il est blessé à la suite d'un accident* survenu au cours d'un déplacement.

Les médecins de **G.A.*** sont mobilisés à l'instant même où l'information leur parvient. L'un des médecins de **G.A.*** se met alors en rapport avec le médecin qui a administré les premiers soins au bénéficiaire et, s'il y a lieu, avec le médecin traitant afin de déterminer avec précision la situation du bénéficiaire.

Le médecin de **G.A.*** propose les solutions qui lui paraissent les mieux adaptées à l'état du bénéficiaire.

La proposition ainsi faite constitue le conseil médical qui, dès que le bénéficiaire ou son représentant l'a approuvé, déclenche l'exécution des prestations et prescriptions médicales, telles qu'elles sont proposées par le médecin de **G.A.***.

2.5.2. Rapatriement médical

En application du conseil médical ci-dessus défini, le médecin de **G.A.*** propose des prescriptions ou prestations médicales.

Celles-ci peuvent être :

- la poursuite du traitement, un rapatriement pouvant être effectué ultérieurement ;
- le transfert vers un centre hospitalier mieux adapté, le retour au domicile* étant organisé ultérieurement ;
- le rapatriement par le moyen de transport qui paraît le plus adapté.

Selon l'état du bénéficiaire, les transferts et les rapatriements sont organisés avec ou sans accompagnateur (l'accompagnateur pouvant être médical, paramédical ou autre).

Suivant le cas, ils s'effectuent :

- en ambulance, véhicule sanitaire léger (VSL) ou taxi ;
- en avion de ligne régulière ;
- en train ;
- en avion sanitaire ;
- en utilisant le véhicule du bénéficiaire conduit par un chauffeur qualifié, envoyé par **G.A.***.

Cette liste n'est pas limitative.

G.A.* se charge :

- de l'organisation du transfert ou du rapatriement,
- de la réservation d'un lit auprès du service hospitalier choisi,
- de l'accueil à l'arrivée,
- de l'envoi sur place, si nécessaire, d'un médecin habilité pour évaluer l'état du bénéficiaire, collaborer avec le médecin traitant et organiser son rapatriement sanitaire éventuel.

Les frais correspondants sont intégralement pris en charge par **G.A.***.

Toutefois, aucun transport ne peut être pris en charge par G.A.*, s'il n'a pas été préalablement décidé par le médecin de G.A.*.

Ainsi, G.A.* ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de recherche et de secours d'urgence, ni prendre en charge les frais ainsi engagés, à l'exception :

- des frais d'évacuation sur pistes de ski à concurrence de **160 EUR TTC** (frais de recherche exclus),
- des frais de transport non-urgents en ambulance ou taxi jusqu'au lieu le plus proche où pourront être prodigués les soins appropriés, en cas d'affection bénigne ou de blessure légère ne nécessitant ni un rapatriement, ni un transport médicalisé.

Aucun transfert ne peut être effectué sans l'accord préalable du bénéficiaire ou celui de son représentant, exception faite de l'urgence vitale du transfert.

Conditions applicables aux interventions liées à un événement* d'ordre médical :

Dans tous les cas, la décision d'assistance appartient exclusivement au médecin de G.A.* après contact avec le médecin traitant sur place et, éventuellement, la famille du bénéficiaire. Seul l'intérêt médical du bénéficiaire et le respect des règlements sanitaires en vigueur sont pris en considération pour arrêter la décision de transport, le choix du moyen utilisé pour ce transport et l'éventuel lieu d'hospitalisation*.

IMPORTANT : tout refus de la solution proposée par la Direction médicale de G.A.* ; en collaboration avec les différents médecins concernés, entraîne décharge pleine et entière de la responsabilité de G.A.* qui ne prendra pas en charge les frais engagés par le bénéficiaire.

2.5.3. Rapatriement des enfants de moins de 16 ans

Si, à la suite d'un accident*, personne n'est en mesure de s'occuper des enfants de moins de 16 ans du bénéficiaire restés sur place :

- **G.A.*** met à disposition une personne résidant en France* désignée par le bénéficiaire ou un membre de sa famille, et prend en charge un **billet aller-retour de train 1^{ère} classe ou d'avion classe économique**, lorsque seul ce moyen peut être utilisé, pour prendre les enfants en charge et les ramener à leur domicile* ou chez un proche* résidant en France*, désigné par le bénéficiaire.
- S'il est impossible de joindre une des personnes désignées par le bénéficiaire, ou si celles-ci sont dans l'impossibilité d'effectuer le voyage, **G.A.*** envoie une hôtesse pour prendre les enfants en charge et les ramener à la garde de la personne désignée par le bénéficiaire.

2.5.4. Présence auprès du bénéficiaire hospitalisé

• 2.5.4.1. Hospitalisation* inférieure ou égale à 10 jours

Si le bénéficiaire est hospitalisé pour une durée inférieure ou égale à **10 jours** et si son état ne justifie pas ou empêche un rapatriement ou un retour immédiat, **G.A.*** organise le séjour* à l'hôtel d'un membre de sa famille ou d'une personne qu'il désigne se trouvant déjà sur place et qui reste à son chevet, et prend en charge ces frais imprévus réellement exposés jusqu'à un maximum de **70 EUR TTC par nuit**.

Cette prise en charge ne peut en aucun cas dépasser **700 EUR TTC**.

G.A.* prend également en charge le retour de cette personne, si elle ne peut utiliser les moyens initialement prévus.

• 2.5.4.2. Hospitalisation* supérieure à 10 jours

Si l'hospitalisation* sur place doit dépasser **10 jours** et si personne ne reste à son chevet, **G.A.*** met à la disposition d'un membre de sa famille ou d'une personne qu'il désigne, un **billet aller-retour de train 1^{ère} classe ou d'avion classe économique**, afin de se rendre auprès de lui, ceci uniquement au départ de France*.

G.A.* organise le séjour* à l'hôtel de cette personne et prend en charge ces frais réellement exposés, jusqu'à un maximum de **70 EUR TTC par nuit**. Cette prise en charge ne peut en aucun cas dépasser **700 EUR TTC**.

2.5.5. Frais médicaux à l'étranger*

Dans le cadre de déplacements de **moins de 90 jours consécutifs** à l'étranger*, **G.A.*** prend en charge la partie des frais médicaux qui excède les sommes remboursées par la Sécurité Sociale et/ou tout autre organisme de prévoyance, déduction faite d'une franchise de **30 EUR TTC** par dossier. Cette prise en charge complémentaire couvre les frais définis ci-dessous à condition qu'ils concernent des soins reçus en territoire étranger* à la suite d'un accident* survenu sur ce même territoire.

Pour les sinistres survenus dans un état de l'union européenne, en Islande, au Liechtenstein ou en Norvège, la mise en œuvre de la présente garantie est subordonnée à la détention par le bénéficiaire de la Carte Européenne d'Assurance Maladie (ce document est délivré, sur demande de l'assuré social, par la Caisse primaire d'assurance maladie. La demande doit être formulée au moins 2 semaines avant le départ). Il appartient donc au bénéficiaire de procéder, avant son départ en voyage, à l'ensemble des démarches nécessaires en vue d'obtenir cette carte.

Le montant maximum de prise en charge complémentaire de frais médicaux est de 4 500 EUR TTC par bénéficiaire, dès l'instant où ils sont engagés à l'étranger* sur ordonnance médicale.

Sont couverts les frais médicaux suivants :

- › honoraires médicaux ;
- › coûts des médicaments prescrits ;
- › coûts des soins dentaires à concurrence de **150 EUR TTC** ;
- › frais d'hospitalisation ;
- › frais chirurgicaux.

Pour donner lieu à prise en charge, toutes hospitalisation* et intervention chirurgicale doivent être déclarées à G.A.* dans les 48 heures.

A/ Cette prise en charge peut faire l'objet d'une avance dans la limite de ces **4 500 EUR TTC**. Le bénéficiaire ou ses ayants droit s'engagent alors à effectuer toutes les démarches nécessaires pour obtenir le remboursement de ces frais auprès des organismes auxquels il est affilié et à respecter les conditions du paragraphe **1.6.3**.

B/ Le remboursement des sommes engagées s'effectue sur présentation des pièces justificatives soumises préalablement à la Sécurité Sociale, à toute caisse d'assurance maladie et à tout organisme de prévoyance, déduction faite des prestations réglées directement par ces caisses et des avances consenties par **G.A.*** et non encore remboursées. Dans tous les cas, il sera retenu une franchise de **30 EUR TTC** par dossier, si aucun remboursement n'a été octroyé par une caisse de prévoyance ou d'assurance maladie.

Nota : la prise en charge des frais d'hospitalisation* à l'étranger* cesse à dater du jour où G.A.* est en mesure d'effectuer le rapatriement en France*.

2.5.6. Exclusions au remboursement des frais médicaux

Ne donnent pas lieu au remboursement :

- › les frais médicaux inférieurs à **30 EUR TTC**,
- › les frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation* consécutifs à un accident* constaté médicalement avant la date de garantie,
- › les frais de prothèses internes, optiques, dentaires, acoustiques, fonctionnelles, esthétiques ou autres,
- › les frais de soins dentaires supérieurs à **150 EUR TTC**,

- › les frais engagés en France* qu'ils soient ou non consécutifs à un accident* survenu à l'étranger*,
- › les frais de rééducation,
- › les frais consécutifs aux tentatives de suicide,
- › les frais occasionnés par les conséquences physiques et psychiques de l'usage de stupéfiants ou drogues assimilées non ordonnées médicalement,
- › les frais de transport primaire d'urgence, de recherche en montagne et de secours en mer,
- › les frais engagés à l'étranger* par une personne n'ayant pas sa résidence principale en France*.

2.5.7. Prolongation de séjour* à l'hôtel pour le bénéficiaire

En France* comme à l'étranger*, si son état ne justifie pas une hospitalisation* ou un transport sanitaire et qu'il ne peut entreprendre son retour à la date initialement prévue, **G.A.*** prend en charge, s'il y a lieu, ses frais réellement exposés de prolongation de séjour* à l'hôtel, ainsi que ceux d'une personne demeurant à son chevet jusqu'à un maximum de **70 EUR TTC par nuit**. Cette prise en charge ne peut en aucun cas dépasser **350 EUR TTC par personne**.

Lorsque son état de santé le permet, **G.A.*** organise et prend en charge son retour et, éventuellement, celui de la personne qui est restée près de lui, si elle ne peut rentrer par les moyens initialement prévus.

§ 2.6. Assistance en cas de décès à la suite d'un accident*

2.6.1. Assistance conseil téléphonique

En cas de décès d'un bénéficiaire, la famille de celui-ci peut, sur simple appel téléphonique, accéder à notre service d'informations pour toute question relative aux démarches et formalités administratives, informations pratiques (notamment coût et disponibilité des concessions dans les cimetières, les modes de sépultures, le don d'organe et de corps, etc.) ainsi que toute demande d'information portant sur les règles de droit français relatives aux successions.

Toute demande d'information est enregistrée immédiatement et un numéro de dossier lui est communiqué ; nous nous engageons à fournir une réponse, si possible immédiatement, et dans tous les cas dans un délai ne dépassant pas 48 heures.

Le contenu de l'information délivrée ne saurait excéder le champ défini par l'article 66-1 de la Loi n° 71-1130 du 31 décembre 1971. Notre responsabilité ne pourra pas être recherchée en cas de mauvaise utilisation ou d'interprétation inexacte par le bénéficiaire des renseignements communiqués.

2.6.2. Rapatriement de corps en cas de décès

En cas de décès d'un bénéficiaire survenant en France* ou à l'étranger*, à la demande de son entourage, **G.A.*** organise et prend en charge le transport du corps (ou des cendres) du lieu de décès jusqu'au lieu d'inhumation en France*.

G.A.* prend également en charge les frais annexes et nécessaires à ce transport (frais de cercueil modèle simple, frais de première conservation, de manutention, de mise en bière, d'aménagements spécifiques au transport, de soins de conservation rendus obligatoires par la législation, de conditionnement nécessaires au transport et conformes à la législation locale).

La prise en charge de ce transport et des frais annexes est effectuée **dans la limite de 1 500 EUR TTC maximum pour un décès survenu en France* et 4 500 EUR TTC maximum pour un décès survenu à l'étranger*.**

Si les circonstances (notamment de refus d'autorisation de transporter le corps ou les cendres ou non délivrance du permis d'inhumer) imposent l'inhumation dans le pays de survenance du décès, G.A.* prend en charge le transport de corps du lieu du décès jusqu'au lieu d'inhumation et les frais annexes nécessaires à ce transport dans la limite des plafonds mentionnés ci-dessus. G.A.* ne prend pas en charge :

- › les frais d'inhumation ou de crémation,
- › les frais d'embaumement,
- › les frais de cérémonie et d'accessoires.

Le choix des Sociétés intervenant dans le traitement du rapatriement (pompes funèbres, transporteurs, etc.) est du ressort de **G.A.***. Toutefois, en fonction de la volonté exprimée du défunt ou de son entourage, **G.A.*** peut accepter, à titre exceptionnel, de modifier l'un des éléments de la prestation garantie ou ses modalités de mise en œuvre. Dans ce cas, la prise en charge financière ne pourra pas dépasser le montant qui aurait été engagé si la prestation avait été intégralement organisée par **G.A.***.

Article 3 Synoptique des garanties assistance GPM accidents de la vie

En cas d'accident*	
> Accompagnement Psychologique	12 heures de consultation
> Assistance « Service Info »	Assistance téléphonique
> Recherche et envoi d'un médecin	Recherche et mise en relation
Assistance au domicile* en cas d'hospitalisation* du bénéficiaire supérieure à 24h, à la suite d'un accident*	
> Garde à domicile des enfants de moins de 16 ans	7 jours consécutifs sur 1 mois
> Transfert des enfants chez un proche ou présence d'un proche - Aller-retour - OU Accompagnement à l'école	Billet train 1 ^{ère} classe ou Billet d'avion classe économique 5 A/R sur 1 semaine à 25 Km maxi
> Garde de l'enfant de moins de 16 ans immobilisé* au domicile* - Présence d'un proche	Billet train 1 ^{ère} classe ou billet d'avion classe éco
> Assistance aux animaux domestiques de compagnie	250 € TTC maxi frais de garde et de nourriture
Assistance au domicile* en cas d'immobilisation* du bénéficiaire à son domicile* supérieure à 5 jours, à la suite d'un accident*	
> Soutien pédagogique à domicile*	15 heures par semaine sur 1 mois maxi
> Aide à domicile	21 heures maxi
> Recherche de médicaments	Avance des frais
> Présence d'un proche - Aller-Retour en train - Séjour* à l'hôtel	Billet de train 1 ^{ère} classe ou billet d'avion classe économique 2 nuits (70 € TTC maxi par nuit)
> Garde malade	21 heures maxi
> Services à domicile*	Recherche et mise en relation
Assistance en cas de dépendance (perte d'autonomie) du bénéficiaire consécutives à un accident*	
> Recherche d'établissements spécialisés	Frais de recherche
> Livraison / installation de matériel médical	Organisation sans prise en charge
> Adaptabilité du domicile*	Prise en charge et recherche d'un ergothérapeute
> Audit d'adaptabilité du domicile*	Prise en charge et recherche d'un ergothérapeute
> Solution de maintien au domicile*	Organisation sans prise en charge
Assistance au bénéficiaire en cas d'accident* au cours d'un déplacement de moins de 90 jours consécutifs	
> Conseil médical	Service d'information téléphonique
> Rapatriement médical	Frais réels
> Frais d'évacuation sur piste de ski	160 € TTC maxi
> Rapatriement des enfants de moins de 16 ans - Aller-Retour - Hôtesse	Billet de train 1 ^{ère} classe ou billet d'avion classe économique Frais réels
> Présence auprès du bénéficiaire hospitalisé - Aller-Retour - Prise en charge des nuits d'hôtel	Billet de train 1 ^{ère} classe ou billet d'avion classe économique 70 € TTC par nuit avec un maximum de 700 € TTC
> Frais médicaux à l'étranger	Franchise = 30 € TTC / dossier Maximum 4 500 € TTC / bénéficiaire
> Soins dentaires	150 € TTC maxi
> Prolongation de séjour* à l'hôtel pour le bénéficiaire	70 € TTC par nuit avec maxi de 350 € TTC / personne
Assistance en cas de décès à la suite d'un accident*	
> Assistance conseil téléphonique	Service d'assistance téléphonique
> Rapatriement de corps en cas de décès - Transport du corps en France + frais annexes - Transport du corps à l'étranger + frais annexes	1 500 € TTC maxi 4 500 € TTC maxi

