

Néoliane
SANTÉ & PRÉVOYANCE

GARANTIE DES ACCIDENTS DE LA VIE

by néoliane

Votre protection contre
les accidents du quotidien

CONDITIONS
GÉNÉRALES

valant dispositions générales

L'Équité



CONDITIONS GÉNÉRALES

valant dispositions générales

Le contrat d'assurance Néoliane Garantie des Accidents de la Vie (GAV) est un contrat collectif d'assurance à adhésion facultative, régi par les articles L.141-1 et suivants du Code des assurances et la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989. Ce contrat est dénommé ci-après le contrat groupe.

Il est souscrit par l'Association GPST (Groupement pour la Prévoyance et la Santé pour Tous), association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901 et les articles L.141-7 et R.141-1 à R.141-9 du Code des assurances – 38-40, avenue des Champs-Élysées 75008 Paris, auprès de L'ÉQUITÉ, au profit de ses adhérents.

Le contrat groupe est géré dans le cadre de la convention n°AC490086.

Il est distribué par Néoliane Santé & Prévoyance - 455 Promenade des Anglais – Imm. Nice Plaza 5e – 06200 Nice. SAS au capital de 2 000 000 € RCS Nice 510 204 274. Immatriculation ORIAS : 09 050 488 (www.orias.fr)

Votre contrat Néoliane Garantie des Accidents de la Vie (GAV) se compose des documents suivants :

- La présente Notice d'information (référéncée EQC068DGB), qui définit les garanties, les engagements réciproques des parties ainsi que les dispositions relatives à la vie du contrat,
- Le certificat d'adhésion (référéncé EQC068DPB), qui retrace les éléments personnels de l'adhérent, ses déclarations et les garanties qu'il a souscrites.

L'ensemble de ces documents constitue de façon indissociable le contrat auquel les parties s'engagent. Elles ne pourront se prévaloir de l'un d'entre eux séparément de

tous les autres.

Le contrat groupe est soumis à la loi française et toute action judiciaire y afférente sera du ressort exclusif des tribunaux français.

L'autorité chargée du contrôle de l'entreprise d'assurance qui accorde les garanties prévues par le présent contrat, est :

L'Autorité de Contrôle Prudential et de Résolution (ACPR)
4 place de Budapest
75436 Paris Cedex 09

L'assureur des garanties d'assurances et de Protection Juridique est **L'ÉQUITÉ**, Société anonyme au capital de 22 469 320 euros, entreprise régie par le Code des assurances, B 522 084 697 RCS Paris – Siège social : 2 rue Pillet-Will - 75009 Paris – Société appartenant au groupe Generali immatriculé au registre italien des sociétés d'assurance sous le numéro 026.

L'assureur des prestations d'assistance est **EUROP ASSISTANCE FRANCE**, Société Anonyme au capital de 35 402 785 euros, entreprise régie par le Code des assurances, immatriculé au registre du commerce et des sociétés de Nanterre sous le numéro 451 366 405, sise 1 promenade de la Bonnette, 92230 Gennevilliers.

L'assureur délègue la gestion des adhésions au gestionnaire :

Centre de Gestion Néoliane
BP 90051
31602 MURET Cedex

GLOSSAIRE

ADHÉRENT

La personne physique qui souscrit le contrat pour son compte et/ou le compte d'autrui. Il est responsable de la déclaration du risque et des obligations définies au contrat.

ATTEINTE À L'INTÉGRITÉ PHYSIQUE ET PSYCHIQUE (AIPP)

Réduction définitive (après consolidation), médicalement constatable, du potentiel physique, psychosensoriel et/ou intellectuel résultant de l'atteinte à l'intégrité anatomo-physiologique, à laquelle s'ajoutent les souffrances physiques et psychiques permanentes, la perte de qualité de vie et des troubles dans les conditions d'existence au quotidien (personnelles, familiales et sociales).

BARÈME DROIT COMMUN

Barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité, publié par « Le Concours Médical », dans sa parution la plus récente au jour de l'évaluation de l'incapacité auquel se réfèrent les médecins-experts pour établir le taux d'invalidité fonctionnelle dont est atteinte la victime d'un accident, indépendamment de toute répercussion professionnelle.

BÉNÉFICIAIRE EN CAS DE DÉCÈS

Toute personne physique justifiant, du fait d'une relation non professionnelle, avoir subi un préjudice direct du fait du décès d'un Assuré.

CONSOLIDATION

La date de consolidation est la date à partir de laquelle l'état de santé d'un assuré est reconnu compte tenu des connaissances médicales et scientifiques comme ne pouvant plus être amélioré par traitement.

DÉFICIT FONCTIONNEL PERMANENT

Préjudice découlant de l'atteinte à l'intégrité physique et/ou psychique permanente médicalement constatée, dans ses incidences non économiques, touchant exclusivement à la sphère personnelle de la victime.

DOMMAGES CORPORELS

Toute atteinte physique subie par une personne.

ÉCHÉANCE ANNIVERSAIRE

Date de début d'une période annuelle (12 mois) d'assurance, renouvelable par tacite reconduction. Elle figure sur votre Certificat d'adhésion.

MALADIE

Toute altération pathologique de la santé constatée par une autorité médicale compétente et n'ayant pour origine ni un accident, ni le fait volontaire de l'Assuré ou d'un tiers. Les infarctus, les hernies, les lombagos, les sciatiques, les chocs émotionnels et les grossesses à caractère pathologique sont considérés comme des maladies.

PASS

Plafond annuel de la Sécurité Sociale, revalorisé chaque année.

PROCHES EN CAS DE DÉCÈS

Pour les postes de préjudices indemnisables en cas de décès de l'Assuré, sont considérés comme proches, dans l'ordre de priorité défini ci-après :

- 1) son conjoint non séparé de corps ou de fait, ou la personne vivant maritalement avec lui, ou son partenaire dans le cadre du Pacte Civil de Solidarité (PACS),
- 2) ses enfants légitimes, naturels ou adoptifs et ceux de son conjoint,
- 3) ses parents,
- 4) ses petits-enfants,
- 5) ses frères et sœurs.

SOUSCRIPTEUR

Personne morale signataire du Contrat collectif au profit de tout ou partie de ses membres. Le Souscripteur du présent Contrat collectif est l'Association Groupement pour la Prévoyance et la Santé pour Tous (GPST).

TAUX D'ATTEINTE À L'INTÉGRITÉ PHYSIQUE ET/OU PSYCHIQUE (TAUX D'AIPP)

Taux d'AIPP à partir duquel la garantie peut être exercée.

VEHICULE TERRESTRE A MOTEUR

Tout véhicule automoteur destiné à circuler sur le sol et qui peut être actionné par une force mécanique sans être lié à une voie ferrée et dont la conduite est réglementairement soumise à une obligation d'assurance au titre des dommages causés aux tiers.

Est assimilée à un véhicule terrestre à moteur toute remorque même non attelée.

VOUS

Selon les cas, l'adhérent ou les personnes assurées.

INCAPACITÉ PERMANENTE

Perte définitive de la capacité de travail ou d'exercer une activité. Elle peut être partielle ou totale. Elle s'exprime en pourcentage.

CHAPITRE 1

Objet du contrat

Ce contrat a été conçu pour vous protéger dans le cas où vous seriez victime de dommages corporels à la suite d'un événement accidentel survenu dans le cadre de votre vie privée.

1. 1. Les personnes assurées

Selon la formule indiquée sur votre demande d'adhésion, les personnes assurées sont :

« Solo »

- L'adhérent : vous-même, que vous soyez célibataire, veuf, divorcé ou séparé de corps ou de fait ;

« Famille »

- L'adhérent : vous-même, votre conjoint non séparé de corps ou de fait, ou la personne vivant maritalement avec vous, ou votre partenaire dans le cadre du Pacte Civil de Solidarité (PACS),

et,

- **s'ils sont fiscalement à charge**, vos enfants légitimes, naturels ou adoptifs de l'Adhérent, ceux de votre conjoint, ceux de la personne vivant maritalement avec vous.

Limitations relatives à la qualité d'Assuré :

• Tenant au lieu de résidence

Les personnes assurées désignées ci-dessus ne peuvent être garanties par le présent contrat qu'à la condition d'avoir leur résidence principale en France.

Par France, il faut entendre la France métropolitaine.

• Tenant à l'âge de l'Assuré

La qualité de personne assurée est acquise au plus tard le dernier jour du 74^e anniversaire de la personne considérée.

Si l'assuré est âgé de plus de 65 ans au jour de son adhésion au contrat, il perdra sa qualité d'assuré au plus tard le jour de l'échéance annuelle qui suit son 75^e anniversaire.

1. 2. Période de garantie

Pour chaque personne assurée, la période de garantie débute au plus tôt lors de la prise d'effet du contrat et au plus tard lors de l'acquisition de la qualité de personne assurée.

Elle prend fin par l'intervention du premier des éléments suivants :

- soit par la perte de la qualité de personne assurée prévue au paragraphe « Limitations à la qualité d'Assuré » de l'article 1.1 « Les personnes assurées » ci-dessus ;
- soit par la résiliation du contrat, quelle qu'en soit la cause.

1. 3. Les événements garantis

Sous réserve que l'accident (fait générateur) ayant provoqué des dommages corporels se soit produit pendant la période de garantie de l'Assuré ou pour un accident médical survenu après le 1^{er} janvier 2000, que les dommages se manifestent pour la 1^{ère} fois pendant la période de garantie de l'Assuré, le présent contrat couvre les accidents corporels mentionnés ci-après.

Est considéré comme accident toute action, réaction ou résistance d'un élément extérieur à l'Assuré et résultant d'un événement soudain, imprévu et qui est extérieur à ce dernier ou, s'il n'est pas extérieur, qui est involontaire.

Est considéré comme accidentel tout dommage résultant d'un accident.

Ne sont pas considérés comme accidentels les dommages causés intentionnellement par l'Assuré ou résultant de son état de santé antérieur.

Est considérée comme corporelle toute atteinte de l'assuré qui entraîne son décès ou son incapacité.

Sont également considérés comme des dommages corporels les dommages résultant de :

- l'électrocution, l'hydrocution, la noyade,
- les gelures, les insolation, ou l'asphyxie survenant

par suite d'un élément extérieur,

- l'empoisonnement, l'intoxication due à l'absorption par erreur de substances vénéneuses ou corrosives ou d'aliments avariés.

Les lésions internes, telles que hernies, accidents cardio-vasculaires, sont assimilées à des atteintes corporelles garanties à la condition qu'elles résultent d'un choc provoqué par un agent extérieur à l'Assuré.

1. 3. 1. Les accidents de la vie privée

Il s'agit des accidents survenus à l'occasion de toutes activités exercées à titre privée et plus précisément d'activités domestiques, touristiques, scolaires, de loisirs ou sportives exercées dans ce cadre.

Sont également garantis :

- les accidents de la circulation dont vous pourriez être victime en tant que piéton ou en qualité de conducteur d'une bicyclette, d'un fauteuil roulant ou d'une tondeuse autoportée,
- les accidents survenus pendant toute la durée des études ou des stages non rémunérés que les enfants assurés effectuent à l'étranger,
- les accidents survenus lors de la pratique d'un sport en qualité d'amateur non rémunéré, à titre personnel ou dans un club (avec ou sans délivrance d'une licence sportive), de façon régulière ou occasionnelle.

Ces événements sont garantis sous réserve des exclusions prévues au Chapitre 2 « Les Exclusions ».

1. 3. 2. Les accidents subis lors d'événements exceptionnels

Ces événements exceptionnels sont les catastrophes naturelles et technologiques, les émeutes et mouvements populaires.

1. 3. 3. Les accidents dus à des attentats, actes de terrorisme, infractions et agressions

Sont garanties les conséquences subies par l'assuré suite à un attentat, acte de terrorisme, une infraction ou une agression (tels que définis réglementairement) dès lors que l'assuré victime n'a pas pris part intentionnellement à ceux-ci.

1. 3. 4. Les accidents médicaux

Aux termes du présent contrat, sont considérées comme accident médical les conséquences anormales, dommageables pour la santé de l'Assuré, indépendantes de son état antérieur et de l'évolution de l'affection en cause, d'actes chirurgicaux, de prévention, de diagnostic, d'exploration ou de traitements pratiqués par des médecins et auxiliaires médicaux ou par des praticiens autorisés à exercer par la réglementation du pays dans lequel a lieu l'acte, lorsque cet acte est assimilable à ceux référencés dans la nomenclature générale des actes professionnels.

Les infections nosocomiales, définies comme celles apparaissant au cours ou à la suite d'une hospitalisation et qui étaient absentes lors de l'admission dans l'établissement de soins, sont également considérées comme des accidents médicaux.

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 1^{er} janvier 2000.

Dans tous les cas, la première manifestation des dommages doit avoir été inconnue de l'Assuré ou du bénéficiaire avant la souscription du contrat et la prise d'effet de la garantie.

1. 4. Les préjudices indemnisés

1. 4. 1. Le principe d'indemnisation

La garantie revêt un caractère indemnitaire conforme aux règles du droit commun français.

Elle vise à réparer les postes préjudices énumérés à l'article 1.4.2 « Les postes de préjudices indemnisables » ci-après.

1. 4. 2. Les postes de préjudices indemnisables

Les seuls postes de préjudices décrits ci-après sont indemnisables dans la limite des plafonds de garantie prévus au Chapitre 1.5 « Les Limites de garanties ». Ils sont évalués sur la base du Barème Droit Commun.

1. En cas d'événement garanti entraînant un taux d'AIPP supérieur ou égal à celui mentionné sur le Certificat d'adhésion, les préjudices suivants, médicalement justifiés, sont indemnisés :

- **Les préjudices économiques permanents** : ils sont évalués selon les règles du droit commun et déterminés après consolidation des blessures :

- **Pertes de gains professionnels futurs**, correspondant à la perte ou la diminution des revenus de l'Assuré, consécutive à son incapacité permanente partielle ou totale de travailler et résultant soit de la perte de l'emploi antérieurement exercé, soit de l'obligation d'exercer un emploi à temps partiel, sans tenir compte des frais de reclassement professionnel, de formation ou de changement de poste.

Est également considérée comme perte de gains professionnels futurs la perte de chance des jeunes victimes assurées ne percevant pas à la date du dommage de gains professionnels.

- **Frais d'assistance permanente par une tierce personne**, correspondant aux frais engagés ou à engager par l'assuré afin de bénéficier de l'assistance d'une tierce personne du fait d'une atteinte à l'intégrité physique et/ou psychique permanente entraînant une perte de son autonomie et la mettant dans l'obligation de faire appel à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie courante.

- **Frais d'aménagement du domicile et/ou du véhicule**, correspondant aux frais engagés par l'assuré afin d'aménager son domicile et/ou son véhicule du fait d'une AIPP permanente nécessitant de tels aménagements.

- **Les préjudices non économiques** :

Temporaires, subis avant consolidation des blessures :

- **Souffrances endurées**, consistant dans les douleurs physiques, psychiques ou morales subies du fait de l'accident et jusqu'à la date de consolidation des blessures,

Permanents, subis après consolidation des blessures :

- **Le déficit fonctionnel permanent**, correspondant au préjudice découlant de l'atteinte à l'intégrité physique et/ou psychique permanente médicalement constatée, dans ses incidences non économiques, touchant exclusivement à la sphère personnelle de la victime.

- **Préjudice esthétique**, correspondant aux disgrâces physiques consécutives à un accident et subsistant définitivement après la consolidation des lésions,

- **Préjudice d'agrément**, correspondant à l'impossibilité ou à la difficulté définitive pour l'Assuré de poursuivre de manière aussi régulière et soutenue qu'avant l'accident, les activités sportives, artistiques, culturelles ou de loisirs pratiquées antérieurement.

2. En cas d'événement garanti entraînant le décès de l'Assuré :

En cas de décès de l'Assuré directement imputable à un événement garanti, et survenant immédiatement après l'accident garanti ou dans le délai d'un an après celui-ci, nous versons au(x) bénéficiaire(s) une indemnité, au titre des postes de préjudices suivants :

- de la **perte de revenus des proches**, correspondant à la perte ou la diminution de revenus exclusivement liée au décès de l'Assuré,
- des **frais d'obsèques** et de sépulture assumés par les proches de la victime à la suite de son décès et qui ont fait l'objet d'une facture,
- les **frais divers des proches**, correspondant aux frais de transports, d'hébergement et de restauration engagés par les proches du fait du décès de l'assuré.
- du **préjudice d'affection**, correspondant aux

CONDITIONS GÉNÉRALES

valant dispositions générales

(Suite)

souffrances affectives ressenties par le ou les bénéficiaires en raison du décès de l'Assuré.

1. 5. Les limites de garantie

Les indemnités accordées au titre des différents postes de préjudices indemnisables sont calculées selon le principe indemnitaire dans les limites exposées au présent paragraphe.

En cas d'événement garanti entraînant le décès de l'assuré ou une AIPP permanente de l'Assuré supérieure ou égale au seuil mentionné sur le Certificat d'adhésion :

- Pour un même événement, **le cumul des indemnités versées** ne peut excéder, tous postes de préjudices confondus, **1 million d'euros par victime**.
- **Les frais d'aménagement du domicile et du véhicule** médicalement nécessaires sont pris en charge à concurrence d'un **plafond de 100 000 euros**, par victime et par événement.
- **Les frais d'obsèques et de sépulture** sont remboursés à concurrence d'un **plafond de 5 000 euros**, par Assuré décédé.
- **Les frais divers des proches** sont remboursés à hauteur de **500 euros maximum** par Assuré décédé.

Ces plafonds d'indemnisation sont indexés conformément aux stipulations de l'article 4 « Adaptation des garanties et de la cotisation »

1. 6. L'étendue territoriale de la garantie

La garantie s'exerce, pendant la période de validité du contrat, pour tous les événements garantis survenus :

- En France, dans les principautés d'Andorre ou de Monaco,
- Dans les territoires des États membres de l'Union Européenne,
- En Suisse, en Islande, au Liechtenstein, à Saint Marin, au Vatican ou en Norvège ;
- Dans le reste du monde pour les voyages et les séjours n'excédant pas une durée continue de trois mois.

CHAPITRE 2

Les exclusions

Sont exclus du bénéfice des garanties les bénéficiaires qui ont intentionnellement provoqué l'évènement garanti ou participé volontairement à la réalisation de celui-ci.

Dans tous les cas, est exclue la perte de revenus liées aux conséquences indirectes du décès sur les bénéficiaires.

Sont exclus les dommages corporels :

- intentionnellement causés ou provoqués par l'Assuré ou avec sa complicité ;
- consécutifs à un pari entraînant une prise de risque inconsidérée de la part de l'assuré ;
- résultant de la participation volontaire de l'Assuré à un crime, un délit, à un acte de vandalisme, à une agression, émeute, attentat, acte de terrorisme, à des mouvements populaires ou à une rixe ne relevant pas d'un cas de légitime défense ou d'assistance à personne en danger ;
- subis à l'occasion d'activités professionnelles, d'activités rémunérées ou dans l'exercice de fonctions publiques, électives ou syndicales ou d'accidents de trajets tels que définis par le Code de la Sécurité sociale ;
- résultant de la pratique rémunérée de sports ou de la pratique de sports à titre professionnel ;

- causés par une maladie, ses suites et ses conséquences, n'ayant pas pour origine un accident garanti ;
- survenant alors que l'Assuré est sous l'emprise de stupéfiants non prescrits médicalement, de médicaments de nature à modifier son comportement, ou d'un état alcoolique correspondant à une infraction relevant du Code de la route en vigueur en France, sauf s'il est établi que l'accident est sans rapport avec cet état ;
- résultant de la conduite par l'Assuré d'un véhicule terrestre à moteur autre qu'un fauteuil roulant électrique ou une tondeuse autoportée;
- subis par l'Assuré alors qu'il était passager d'un véhicule terrestre à moteur à deux, trois ou quatre roues ;
- résultant d'expérimentations biomédicales ;
- occasionnés par une guerre civile ou étrangère ;
- dus aux effets directs ou indirects d'une explosion, d'un dégagement de chaleur, d'une irradiation provenant de la transmutation de noyaux d'atomes ou de la radioactivité, ou de radiations provoquées par l'accélération artificielle de particules.

CHAPITRE 3

Le sinistre

Pour les sinistres relevant des garanties Protection Juridique et Assistance, l'ensemble des règles applicables, y compris les délais et les modalités de déclaration sont indiqués dans les chapitres relatifs à ces garanties.

3. 1. Vos obligations

3. 1. 1. Que devez-vous faire en cas de sinistre ?

Vous devez :

- **Nous informer** de la survenance de l'évènement assuré (sinistre) **dans les 5 (cinq) jours ouvrés** à partir du moment où vous en avez eu connaissance.

Par dérogation, en cas de décès, le ou les bénéficiaires doi(ven)t nous le déclarer dans les 30 (trente) jours ouvrés à compter de la date à laquelle ils en ont eu connaissance.

Si ces délais ne sont pas respectés, sauf cas fortuit ou de force majeure, la garantie ne sera pas acquise, dès lors que nous justifions que ce retard nous a causé un préjudice.

- **Nous déclarer, dans les 10 (dix) jours qui suivent votre déclaration de sinistre, toutes autres assurances** à caractère indemnitaire qui peuvent permettre la réparation de tout ou partie des préjudices garantis par le présent contrat.

- **Nous transmettre dès réception** tous les avis, correspondances ou actes judiciaires se rapportant au sinistre.

Ces déclarations sont à adresser par écrit à :

Centre de Gestion Néoliane
BP 90051
31602 MURET Cedex

3. 1. 2. Quels renseignements devez-vous nous faire parvenir ?

Dans votre déclaration de sinistre, vous devez préciser :

- le lieu, les causes et circonstances de l'accident,
- les conséquences connues ou supposées,
- les noms et adresses des témoins, s'il y a lieu,

et nous fournir dès que vous en disposerez :

- Tous les documents nécessaires à l'évaluation des dommages et au calcul des indemnités que nous pourrions être amenés à vous verser, tels que les certificats médicaux dont vous disposez déjà ou qui vous seraient fournis par la suite.

- En cas de décès : l'acte de décès, une fiche familiale d'état-civil, un certificat médical précisant la cause du décès et, si besoin l'origine de cette cause, une copie du rapport de police ou de gendarmerie s'il en a été établi un.

Sous peine de réduction du droit à indemnité proportionné au préjudice que ce manquement nous aurait causé, vous ou vos ayants droit devrez nous fournir tous documents et vous soumettre à toute expertise que nous solliciterons.

L'assuré ou le bénéficiaire d'une indemnité qui emploie ou produit intentionnellement des moyens, documents, ou déclarations inexacts ou frauduleux sera déchu de tout droit à garantie pour le sinistre en cause.

3. 2. Procédure d'évaluation des postes de préjudice indemnisables

3. 2. 1. Expertise médicale et contrôle

L'appréciation des préjudices subis par l'Assuré sera effectuée, à nos frais par un médecin de notre choix, chaque fois que cela est nécessaire afin d'évaluer le préjudice. Ce médecin doit avoir libre accès auprès de l'Assuré et peut lui demander tout renseignement ou document qu'il juge utiles. Dans le cas où l'Assuré ne peut se déplacer, le médecin missionné doit avoir accès à son lieu de résidence.

Sauf opposition justifiée, l'Assuré ne saurait se prévaloir du secret médical pour refuser de répondre aux demandes de notre expert.

Sous peine de déchéance, l'Assuré devra lui communiquer ces informations, soit directement sous pli confidentiel soit par l'intermédiaire de son médecin, et se soumettre à toute expertise médicale éventuelle.

L'Assuré doit toujours indiquer à l'assureur l'adresse où il peut être joint et signaler tout changement d'adresse.

En cas d'accident survenu hors de France, l'Assuré est tenu de faire élection de domicile en France pour toute contestation d'ordre médical ou pour toute action judiciaire survenant à l'occasion d'un sinistre.

L'organisation et le résultat de l'expertise ci-dessus ne préjugent pas de l'application de la garantie ni du droit à indemnisation.

De convention expresse, l'assuré nous reconnaît le droit de subordonner la mise en jeu de la garantie au respect de la présente procédure d'expertise.

En cas de refus de l'assuré de participer aux opérations d'expertise, nous pourrions nous opposer à la mise en jeu de la garantie.

3. 2. 2. Le déroulement de l'expertise médicale

En cas d'incapacité permanente directement imputable à un évènement garanti :

- Le taux d'AIPP subsistant après la consolidation des blessures est évalué par un médecin expert suivant la procédure exposée ci-avant. Outre une éventuelle vérification de la cause de l'accident et de son caractère accidentel avec les dommages constatés, le médecin expert apprécie si vous avez, du fait de l'accident garanti, besoin de l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes essentiels de la vie courante. Il en fixe la durée et la nature.
- Le médecin expert qualifie et quantifie les souffrances endurées (pretium doloris) jusqu'à la date de consolidation des blessures et l'éventuel préjudice esthétique. Il donne un avis médical sur la répercussion des séquelles dans l'exercice des activités sportives ou de loisirs effectivement pratiquées antérieurement à l'accident.

Lors de l'expertise médicale, l'Assuré peut se faire assister par un médecin de son choix dont les frais et honoraires resteront à sa charge exclusive.

3. 2. 3. En cas de désaccord

En cas de désaccord sur les conclusions du médecin expert que nous avons désigné, le différend est soumis à une expertise amiable avant tout recours à la voie judiciaire.

Chacun de nous choisit un médecin expert devant régler le différend.

À défaut d'accord entre eux, ceux-ci s'adjoignent un troisième expert et tous trois opèrent en commun et à la majorité des voix.

À défaut de nomination d'un expert par l'un d'entre nous dans les 15 jours de la mise en demeure par l'autre partie, ou à défaut d'accord entre les médecins experts sur le nom du tiers expert, la désignation est effectuée par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de la victime.

Cette nomination est faite sur simple requête signée des deux parties ou de l'une d'entre elles, l'autre partie étant alors convoquée par lettre recommandée.

Les trois médecins opèrent en commun et à la majorité des voix. Chaque partie paie les frais et honoraires de l'expert qu'il a désigné. Les honoraires du tiers expert sont supportés à parts égales par les deux parties.

3. 2. 4. La détermination des indemnités

Dans tous les cas, les indemnités sont évaluées en fonction du taux déterminé par expertise et par référence au Droit Commun, qui s'entend des règles applicables en France pour l'évaluation des préjudices corporels selon le principe indemnitaire (et non forfaitaire) qui prend en compte la situation personnelle de l'assuré et/ou du bénéficiaire (sexe, âge, activité professionnelle, revenus, situation familiale, personnes à charge...) et se réfère aux indemnités habituellement allouées aux victimes par les tribunaux français.

Dans tous les cas, elles sont évaluées dans la limite des plafonds de garantie prévus au chapitre 1.5 « Les limites de garantie. »

En cas d'Aggravation de l'état séquentaire de l'assuré victime directement imputable à un événement garanti, de nature à modifier les conclusions médicales qui ont servi de base à l'indemnisation initiale, vous aurez droit à une nouvelle indemnisation a minima lorsqu'une différence de taux d'atteinte à l'intégrité physique et/ou psychique est constatée.

L'indemnisation doit prendre en compte le différentiel du dommage évalué sur la base de la valeur obtenue après aggravation.

Deux cas sont possibles :

- soit le taux d'atteinte à l'intégrité physique et/ou psychique était inférieur au seuil de déclenchement de la garantie, mais suite à l'aggravation le taux d'atteinte à l'intégrité physique et/ou psychique dépasse ce seuil, alors la victime doit être indemnisée pour la globalité de son préjudice et non pas le seul différentiel.

Il est rappelé qu'y compris en cas d'aggravation, le cumul des indemnités successives ne pourra en aucun cas dépasser le plafond de garantie prévu au Chapitre « Les limites de garantie » au jour de l'accident.

- soit l'Assuré a été indemnisé une première fois car son taux d'atteinte à l'intégrité physique et/ou psychique dépassait le seuil de déclenchement ; il doit alors recevoir un complément égal au différentiel multiplié par le coût du point d'atteinte à l'intégrité physique et/psychique final (calcul droit commun).

Y compris en cas d'aggravation, le cumul des indemnités successives ne peut pas dépasser le plafond de garantie prévu au Chapitre « Les limites de garantie » au jour de l'accident.

1. En cas de décès de l'Assuré

Les éventuelles pertes de revenus des proches et les préjudices d'affectation subis par le(s) bénéficiaire(s) sont évalués conformément au présent chapitre.

Les frais d'obsèques et de sépulture réellement déboursés par les proches pour les obsèques de l'Assuré décédé sont évalués, sur présentation des factures acquittées.

Si le décès de l'assuré ouvrant droit au paiement d'indemnités survient après paiement de tout ou partie d'une indemnité au titre d'AIPP permanente subie par l'assuré avant son décès et relevant du même fait générateur, les indemnités dues au titre de la garantie

décès seront versées déduction faite des sommes déjà réglées au titre des préjudices subis. Si ces indemnités sont supérieures à celles qui auraient été dues au titre du décès, elles restent acquises aux bénéficiaires.

2. Non-cumul des prestations

Nous vous indemnisons toujours sous déduction des prestations versées par les organismes sociaux ou de tous tiers payeurs au titre des postes de préjudices pris en charge par le présent contrat.

Notre indemnisation ayant un caractère indemnitaire, elle ne se cumule pas avec les autres prestations de caractère indemnitaire perçues ou à percevoir par l'Assuré ou les bénéficiaires au titre des mêmes chefs de préjudices, d'un tiers responsable et/ou de son assureur, de tout tiers payeur ou d'un fonds de garantie et notamment de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM), du Fonds de garantie des victimes d'acte de terrorisme et d'autres infractions (FGTI) ou du Fonds de garantie des assurances obligatoire de dommages, ou de tout autre organisme.

Vous vous engagez à porter à notre connaissance ces prestations dès qu'elles sont notifiées par leur débiteur et qu'elles ont été acceptées par vous. Elles viennent en déduction de l'indemnité due et nous vous versons un complément s'il y a lieu.

Si nous avons déjà réglé l'indemnité due au titre du présent contrat et que celle-ci compensait intégralement votre préjudice, les dispositions du chapitre «Subrogation» s'appliqueront.

3. 3. Quand et comment est payée l'indemnité ?

Offre d'indemnisation

Lorsque la garantie est acquise, et sous réserve que la victime ou les bénéficiaires nous aient communiqué l'état des prestations perçues ou à percevoir dans ce délai, nous vous adresserons une offre définitive d'indemnisation dans un délai de 3 (trois) mois suivant la date à laquelle nous avons été informés de la consolidation ou du décès de l'Assuré.

Dans le cas où la consolidation n'est pas intervenue dans un délai de 8 (huit) mois suivant la déclaration de l'accident, et si le médecin expert estime que le taux d'AIPP permanente directement imputable à l'accident garanti sera au moins égale au seuil d'AIPP permanente mentionné sur votre certificat d'adhésion, une offre provisionnelle vous sera faite dans le mois suivant la réception par nos soins du rapport de l'expertise médicale.

Paiement de l'indemnité

Le paiement des sommes convenues sera effectué dans un délai d'un mois à partir de la réception de votre acceptation de l'offre.

L'indemnité est versée sous forme de capital à l'Assuré victime ou, s'il s'agit d'un enfant mineur, à ses représentants légaux sur un compte bloqué au nom de l'enfant.

Si l'Assuré a déclaré bénéficiaire d'autres contrats d'assurance à caractère indemnitaire susceptibles de permettre réparation de tout ou partie des postes de préjudices garantis par le présent contrat, les dispositions du paragraphe «Assurances Cumulatives» du Chapitre 5 «Dispositions Diverses» s'appliqueront.

3. 4. Subrogation

Conformément à la réglementation en vigueur, nous sommes subrogés, jusqu'à concurrence des indemnités versées, dans les droits et actions de l'Assuré ou des bénéficiaires contre tout responsable de l'accident et son assureur à hauteur des sommes que nous avons versées au titre du présent contrat.

La garantie ne jouera plus en votre faveur ou celle des bénéficiaires si, de votre fait ou de leur fait, nous ne pouvons plus exercer ce recours pour récupérer les indemnités déjà versées.

CHAPITRE 4 La vie du contrat

4. 1. Formation – Durée – Résiliation

4. 1. 1. Effet du contrat et des garanties

Les garanties prennent effet à la date indiquée sur votre Certificat d'adhésion sous réserve de l'encaissement effectif et de l'absence de renoncement au mode de paiement par mandat SEPA de la première cotisation, et au plus tôt le jour suivant la date de conclusion du contrat à 0:00 heure.

4. 1. 2. Durée du contrat

Le contrat est conclu pour la durée initiale indiquée au Certificat d'adhésion. Sauf dispositions contraires, il se renouvelle d'année en année par tacite reconduction à chaque échéance anniversaire, sauf résiliation par l'une des parties ou de plein droit.

4. 1. 3. Résiliation du contrat :

Le contrat peut être résilié par vous (article L.113-14 du Code des assurances) :

- Soit par déclaration faite contre récépissé au siège de l'Assureur ou chez l'intermédiaire désigné aux Dispositions Particulières
- Soit par Lettre Recommandée,
- Soit par Acte extrajudiciaire.

Elle peut s'effectuer à l'adresse suivante :

Neoliane Sante et Prevoyance – Service Résiliations
455 Promenade des Anglais – Nice Plaza
06200 Nice

Le contrat peut être résilié par nous par lettre recommandée adressée à votre dernier domicile connu.

Dès lors, il peut être mis fin au contrat dans les circonstances et conditions décrites ci-après.

Par Vous et Nous

- Faculté annuelle de résiliation (article L.113-12 du Code des assurances). Cette résiliation doit être mise en œuvre au plus tard 2 mois avant l'échéance anniversaire prévue aux Dispositions Particulières et prendra effet le jour de cette échéance à 0 heure.

- Changement de domicile, de situation matrimoniale, de profession, retraite ou cessation d'activité professionnelle lorsque le contrat a pour objet la garantie de risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle (article L.113-16 du Code des assurances) ; La demande de résiliation doit être formulée dans les 3 mois qui suivent la date de l'événement en cause et prendra effet un mois après l'envoi du courrier de résiliation.

Par Vous

- En cas Augmentation de tarif pour des motifs à caractère technique;

Vous pouvez résilier votre contrat dans le mois qui suit la date où vous avez eu connaissance de cette augmentation.

La résiliation prendra alors effet 1 mois après l'envoi de la lettre de résiliation et la part de cotisation pour la période effective de garantie restant due, sera calculée sur la base du tarif précédent.

- En cas de diminution du risque, si nous ne réduisons pas votre cotisation en conséquence (article L113-4 du Code des assurances);

Vous pouvez résilier dès que vous avez eu connaissance de notre refus de réduire votre cotisation; cette demande prendra effet 1 mois après l'envoi de la lettre de résiliation

- En cas de résiliation par nous d'un autre de vos contrats après sinistre (article R113-10 du Code des assurances) ;

Vous pouvez résilier le présent contrat dans le mois qui suit l'envoi de notre lettre de résiliation de cet autre contrat; le cas échéant la résiliation prend effet 1 mois après l'envoi de la lettre de résiliation.

CONDITIONS GÉNÉRALES

valant dispositions générales

(Suite)

Par Nous

- En cas de non-paiement des cotisations (article L113-3 du Code des assurances) ;

Conformément à l'article 4.3.3 « Paiement de la cotisation », la résiliation intervient 40 (quarante) jours après l'envoi de notre lettre de Mise en Demeure.

- En cas d'Aggravation du risque (article L113-4 du Code des assurances);
- En cas d'omission ou d'inexactitude des déclarations à la souscription ou en cours de contrat constatée avant tout sinistre (Art L113-9 du Code des assurances)
- Suite à un sinistre (article R113-10 du Code des assurances);

Nous pouvons résilier le contrat par lettre recommandée ; la résiliation intervient alors 1 (un) mois après l'envoi de la lettre de résiliation.

Résiliation de plein droit

- Retrait total de l'agrément de notre société;

La résiliation intervient le 40ème jour à midi après la publication du Journal Officiel de l'arrêté prononçant le retrait de l'agrément administratif de notre société

- Tous les Assurés ont atteint la limite d'âge de garantie (80 ans) : La résiliation intervient à l'échéance principale qui suit le 80e anniversaire de la dernière personne assurée.
- Plus aucune personne assurée ne remplit les conditions requises pour la qualité d'Assuré (ex.: ne réside plus en France) : La résiliation produit ses effets au jour où la dernière personne assurée cesse de remplir lesdites conditions.

4. 2. Vos déclarations et leurs conséquences

4. 2. 1. Vos Déclarations

Le contrat est établi d'après vos réponses aux questions que nous vous avons posées, rappelées au Certificat d'adhésion et la cotisation est fixée en conséquence.

À la souscription du contrat

Vous devez avoir répondu exactement à l'ensemble de nos questions et demandes de renseignements.

Les réponses à nos questions sont reproduites dans le Certificat d'adhésion.

En cours de contrat

Vous devez nous déclarer par écrit, dans les 15 jours qui suivent la date à laquelle vous en avez eu connaissance, tout événement qui rendent inexacts ou caduques les réponses à nos questions reproduites sur le Certificat d'adhésion.

L'inobservation de ce délai, si elle nous cause un préjudice, entraîne la perte de tout droit aux garanties liées à la modification ou l'application des règles relatives aux omissions ou fausses déclarations.

Si ces modifications constituent une aggravation de risque, nous pouvons :

- soit résilier le contrat 10 (dix) jours après sa notification, avec remboursement de la cotisation afférente à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru,
- soit vous proposer un nouveau montant de cotisation. Dans ce cas, si dans le délai de 30 (trente) jours à compter de notre proposition, vous n'y donnez pas suite ou la refusez expressément, nous pourrions résilier le contrat,

Si ces modifications constituent une diminution de risque : nous diminuerons la cotisation en conséquence ; à défaut, vous pouvez résilier le contrat moyennant un préavis de 30 (trente) jours, et nous vous rembourserons la portion de cotisation afférente à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru (article L.113-4 du Code des assurances).

Par suite de modification du risque

Les modifications du contrat résultant de vos déclarations sont régies par le Chapitre « Les déclarations et leurs conséquences ».

Il peut s'agir d'une aggravation ou d'une diminution du risque ou de l'adjonction d'un nouveau risque.

Ces modifications donnent lieu à l'établissement d'un avenant précisant sa date d'effet ainsi que les nouvelles conditions contractuelles.

Cet avenant précisera également si la cotisation est modifiée et quel en est alors le nouveau montant.

4. 2. 2. Modification à l'initiative de l'Assureur

À chaque échéance anniversaire, nous pouvons vous proposer de modifier le contrat, la modification consistant notamment en une majoration des cotisations (conformément au chapitre 4.3 « La cotisation »), une révision des franchises ou la modification des garanties. Dans ce cas, vous serez informé par écrit des modifications apportées ou susceptibles d'être apportées à vos droits et obligations, avant la date prévue de leur prise d'effet.

Les modifications s'appliqueront lors du renouvellement du contrat sous réserve de votre consentement.

Votre consentement peut être prouvé par tout moyen de droit.

De convention expresse, ce consentement est réputé acquis par le paiement sans réserve de la cotisation faisant suite à ces modifications, de même qu'en cas de prélèvement bancaire n'ayant soulevé ni réserve ni opposition de votre part auprès de nous dans les trente jours suivant son exécution.

En cas de refus d'une modification, vous pouvez demander la résiliation du contrat dans les 30 jours à compter de l'envoi de notre proposition, la résiliation prenant effet à la date d'échéance anniversaire du contrat.

4. 3. La Cotisation

La cotisation globale est fixée sur le Certificat d'adhésion. Elle est exprimée en euros, et comprend la cotisation nette (afférente au risque) hors taxe, les frais accessoires ou coûts fixes, les taxes et les charges parafiscales.

Elle tient compte de la formule et du taux d'atteinte à l'intégrité physique et/ou psychique (AIPP) choisis par l'adhérent et de son âge à l'adhésion. L'âge retenu pour le calcul de la cotisation est déterminé par différence de millésime entre l'année d'adhésion et l'année de naissance de l'adhérent.

La cotisation totale est due par l'Adhérent.

Seule la part de cotisation nette et les taxes correspondantes ainsi que les charges parafiscales récupérables auprès des administrations concernées peuvent faire l'objet d'un remboursement en cas d'avenant, notamment en cas de résiliation autre que pour non-paiement, entraînant une ristourne.

4. 3. 1. Variation de la cotisation

En cours de période d'assurance, la cotisation peut varier en cas de modifications du contrat, notamment en cas de changement de formule ou de modification du taux d'atteinte à l'intégrité physique et/ou psychique. L'avenant de modification précise alors le montant de la cotisation supplémentaire ou de la ristourne.

Il sera fait application conforme des dispositions réglementaires modifiant le taux ou l'assiette de la taxe sur les conventions d'assurance ou instaurant ou modifiant une charge parafiscale.

4. 3. 2. Modification du tarif

Si pour des raisons techniques, nous modifions le tarif applicable au présent contrat, la cotisation est calculée en fonction du nouveau tarif dès la première échéance annuelle qui suit cette modification.

Dans ce cas, vous pouvez résilier le contrat dans les conditions énoncées à l'article « 4.1.3 Résiliation du Contrat ».

Nous aurons droit dans ce cas à la portion de cotisation, calculée sur les bases de l'ancien tarif, au prorata du temps écoulé entre la date de la dernière échéance et la date d'effet de la résiliation.

De convention expresse, le paiement de la cotisation majorée vaut acceptation irrévocable de la majoration proposée.

La possibilité de résiliation ci-dessus ne s'applique pas en cas d'augmentation des taxes et charges parafiscales ou de tout autre élément de la cotisation qui serait ajouté en application de dispositions légales.

4. 3. 3. Paiement de la cotisation

La cotisation et ses frais accessoires, ainsi que les taxes et charges parafiscales y afférents, sont à payer au plus tard 10 (dix) jours après la date d'échéance indiquée au Certificat d'adhésion.

Le paiement de la cotisation est effectué auprès de l'organisme auquel nous avons délégué l'encaissement :

Centre de Gestion Néoliane
BP 90051
31602 MURET Cedex

ou tout autre organisme que nous indiquerions lui avoir substitué.

Le paiement de la cotisation s'exécute annuellement par chèque, ou mensuellement, trimestriellement, semestriellement par prélèvement bancaire.

Le changement de périodicité de paiement est possible à chaque échéance anniversaire du contrat, sous réserve que la demande nous parvienne 2 mois à l'avance aux coordonnées précisées ci-dessus.

Le paiement et l'encaissement de cotisations inexacts ou partielles ne sauraient valoir délivrance ou maintien des garanties.

4. 3. 4. Conséquences du non-paiement de la cotisation

À défaut du paiement de votre cotisation dans ce délai, nous adresserons à votre dernier domicile connu, une lettre recommandée de mise en demeure qui entraînera :

- la suspension des garanties de votre contrat si vous ne payez pas l'intégralité de la cotisation totale restant due à l'expiration d'un délai de 30 (trente) jours,
- la résiliation du contrat si le paiement de l'intégralité de la cotisation totale restant due n'est toujours pas intervenu dans les 10 (dix) jours suivant la suspension.

Dans ce cas, la portion de cotisation relative à la période postérieure à la date d'effet de la résiliation nous sera acquise à titre de dommages et intérêts et nous pourrions en poursuivre le recouvrement. S'y ajouteront les frais de recouvrement et les intérêts de retard qui seront à votre charge.

Après mise en demeure, le paiement doit être effectué à notre Siège ou auprès de tout mandataire que nous aurions chargé du recouvrement.

L'encaissement de la prime postérieurement à la résiliation ne vaut pas renonciation à se prévaloir de la résiliation déjà acquise. Toute renonciation à une résiliation (acquise ou non) et toute remise en vigueur éventuelle du contrat restent soumis à notre accord exprès, matérialisé par un avenant de remise en vigueur.

4. 3. 5. Paiement fractionné de la cotisation

Si vous avez souhaité régler votre cotisation par prélèvement, celui-ci sera mis en œuvre selon un échéancier mensuel.

Celui-ci cessera dès qu'un prélèvement sera refusé par votre établissement bancaire.

L'intégralité de la cotisation annuelle, déduction faite des fractions de cotisation déjà réglées, sera alors immédiatement exigible.

Le mode de paiement annuel sera alors prévu pour les cotisations ultérieures.

En cas de non-paiement du solde de la cotisation, nous pourrions en poursuivre le recouvrement comme indiqué au paragraphe « 4.3.4 Conséquences du non-paiement de la cotisation ».

4. 3. 6. Résiliation du contrat en cours de période d'assurance

En cas de résiliation du contrat en cours de période d'assurance pour un motif autre que le non-paiement

des cotisations, la réalisation du risque, ou l'annulation du contrat pour fausse déclaration, la part de cotisation correspondant à la période non courue vous sera restituée ainsi que les taxes y afférentes.

En revanche, les charges parafiscales non remboursables ainsi que les frais accessoires fixes seront conservés.

La ristourne sera calculée en tenant compte de l'ensemble des primes émises au titre du contrat, que celles-ci aient été encaissées ou non. Si des primes demeurent impayées, la ristourne sera prioritairement réglée par compensation avec ces primes et nous pourrions poursuivre le recouvrement d'un éventuel solde après compensation.

4. 4. Adaptation des garanties et de la cotisation

À chaque échéance annuelle, les plafonds de garantie indiqués à l'article 1.5 « Les limites de garantie », ainsi que les cotisations sont automatiquement revalorisés en fonction de l'évolution du Plafond Annuel de la Sécurité Sociale (PASS).

CHAPITRE 5

Dispositions diverses

5. 1. Loi applicable - Tribunaux compétents

Les relations précontractuelles et contractuelles sont régies par le droit français.

Toute action judiciaire relative au présent contrat sera de la seule compétence des juridictions françaises.

5. 2. Langue utilisée

La langue utilisée dans le cadre des relations contractuelles et précontractuelles est la langue Française.

5. 3. Prescription

Conformément aux articles L.114-1, L.114-2, et L.114-3 du Code des assurances :

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

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

La prescription est portée à 10 (dix) ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte l'Adhérent et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, 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.114-1 du Code des assurances)

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité. (Article L.114-2 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 L.114-3 du Code des assurances)

Conformément à la « Section 3 : Des causes d'interruption de la prescription » du Code civil :

« La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription. (Article 2240)

La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion.

Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure. (Article 2241)

L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance. (Article 2242)

L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée. (Article 2243)

Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée. (Article 2244)

L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers.

En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu.

Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers. (Article 2245)

L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution. » (Article 2246).

5. 4. Assurances cumulatives

Conformément à l'article L.121-4 du Code des assurances, lorsque plusieurs assurances pour un même intérêt, contre un même risque, sont contractées sans fraude par un même l'Adhérent, chacune d'elles produit ses effets dans les limites des garanties du contrat quelle que soit la date à laquelle elle a été souscrite, sans que l'indemnité ainsi due ne puisse excéder le préjudice subi. Dans ces limites, et comme prévu au point 3 « Règles de non cumul des prestations » de l'article 3.2 « Procédure d'évaluation des postes de préjudice indemnisable » du Chapitre 3 « Le Sinistre » vous pouvez vous adresser à l'Assureur de votre choix.

Lorsque ses assurances sont contractées de manière dolosive ou frauduleuse, les sanctions prévues à l'article L.121-3 du Code des assurances (nullité du contrat ainsi que dommages et intérêts) sont applicables.

CHAPITRE 6

Information de l'Assuré

6. 1. Examen des réclamations et procédure de médiation

Si vous avez souscrit votre contrat par le biais d'un intermédiaire et que votre demande relève de son devoir de conseil et d'information ou concerne les conditions de commercialisation de votre contrat, votre réclamation doit être exclusivement adressée à cet intermédiaire.

La procédure ci-dessus ne s'applique pas si une juridiction a été saisie du litige que ce soit par vous ou par nous.

Pour toute réclamation relative à la gestion de votre contrat, vos cotisations ou encore vos sinistres, adressez votre demande à l'adresse suivante :

Néoliane Santé et Prévoyance – Service Qualité
455 Promenade des Anglais – Nice Plaza
06200 Nice

ou par mail : qualite@neoliane.fr

Si vous ne recevez pas une réponse satisfaisante, vous pouvez adresser votre **réclamation écrite** (mentionnant les références du dossier concerné et accompagnée d'une copie des éventuelles pièces justificatives) à l'adresse suivante :

L'ÉQUITÉ – Cellule Qualité – 2 rue Pillet-Will
75009 PARIS.

Les délais de traitement de la réclamation de l'assuré ne peuvent excéder :

- dix jours ouvrables à compter de la réception de la réclamation, pour en accuser réception, sauf si la réponse elle-même est apportée à l'assuré dans ce délai,
- deux mois entre la date de réception de la réclamation et la date d'envoi de la réponse définitive apportée à l'assuré, quelle que soit l'organisation interne de l'entité ou du groupe auquel elle appartient.

En qualité de membre de la Fédération Française des Sociétés d'Assurances (FFSA), l'Équité applique la Charte de la Médiation mise en place au sein de cette Fédération.

Si un litige persiste entre nous après examen de votre demande par notre service réclamations, vous pouvez saisir le Médiateur de la FFSA, en écrivant à l'adresse suivante :

M. le Médiateur de l'Assurance
TSA 50110 - 75441 PARIS CEDEX 09.

Nous vous précisons cependant que le Médiateur ne peut être saisi qu'après que le Service Réclamations ait été saisi de votre demande et y ait apporté une réponse.

La saisine du médiateur n'est possible que dans la mesure où votre demande n'a pas été soumise à une juridiction.

6. 2. Droit d'accès aux informations enregistrées

Identification du responsable de traitement

Cette clause a pour objet de vous informer de manière plus détaillée des traitements de données à caractère personnel vous concernant mis en œuvre par les responsables de traitement mentionnés ci-après :

Les données à caractère personnel recueillies dans le cadre de cette adhésion font l'objet d'un traitement dont le responsable de traitement est L'Équité en tant qu'Assureur à l'exception des opérations suivantes dont le responsable de traitement concernant les moyens techniques et essentiels est Néoliane Santé & Prévoyance, en tant que Déléguataire :

- Souscription des contrats,
- Gestion de la vie du contrat ;
- Encaissement et recouvrement des primes;
- Gestion des réclamations dites de niveau 1 ;
- Archivage des pièces de gestion et documents comptables.

Les finalités du traitement et les bases juridiques du traitement

Les données ont pour finalité de satisfaire à votre demande et de permettre la réalisation de mesures précontractuelles, d'actes de souscription, de gestion et d'exécution ultérieure du contrat y compris de profilage. A ce titre, elles pourront être utilisées à des fins de recouvrement, d'études statistiques et actuarielles, d'exercice des recours et de gestion des réclamations et contentieux, d'examen, d'appréciation, de contrôle et de surveillance du risque, et de respect des obligations légales, réglementaires et administratives.

Ces informations pourront également être utilisées comme explicité ci-dessous pour des besoins de prospection commerciale y compris de profilage sous réserve de votre consentement ou de votre droit d'opposition, ainsi que pour permettre la lutte contre la fraude à l'assurance.

CONDITIONS GÉNÉRALES

valant dispositions générales

(Suite)

Vous trouverez ci-dessous les bases juridiques correspondant aux finalités de traitement :

| Les bases juridiques | Finalités de traitement |
|--|---|
| Exécution du contrat ou de mesures pré-contractuelles Consentement pour les données de santé (hors service des prestations de remboursement de frais de soins, de prévoyance complémentaire et de retraite supplémentaire). | - Réalisation de mesures pré-contractuelles telles que délivrance de conseil, devis ... - Réalisation d'actes de souscription, de gestion et d'exécution ultérieure du contrat - Recouvrement - Exercice des recours et application des conventions entre assureurs - Gestion des réclamations et contentieux - Prise de décision automatisée y compris le profilage lié à la souscription ou l'exécution du contrat - Certaines données peuvent entraîner des décisions sur la souscription et l'exécution du contrat notamment la tarification, l'ajustement des garanties, - Examen, appréciation, contrôle et surveillance du risque - Etudes statistiques et actuarielles - Amélioration continue des offres et process |
| Obligations légales | - Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme - Respect des obligations légales, réglementaires et administratives |
| Intérêt légitime | - Lutte contre la fraude Afin de protéger les intérêts de l'ensemble des parties non fraudeuses au contrat - Prospection commerciale et profilage lié à la prospection commerciale Afin de vous permettre de bénéficier d'une couverture d'assurance aussi complète que possible et de bénéficier de produits ou services contribuant à vos besoins de protection |
| Traitement des données santé à des fins de protection sociale | Versement des prestations pour les contrats de remboursement de frais de soins |

Les informations collectées seront conservées dans des bases de données sécurisées pour toute la durée nécessaire à l'exécution du contrat d'assurance en référence aux délais de prescriptions légales et sous réserve des obligations légales et réglementaires.

Informations complémentaires dans le cadre des données personnelles vous concernant et non collectées auprès de vous

Catégorie de données susceptibles de nous être transmises :

- état civil, identité, données d'identification
- données biométriques aux fins d'identifier une personne physique de manière unique
- données de localisation (notamment déplacements, données GPS, GSM)
- informations d'ordre économique et financier (revenus, situation financière, situation fiscale, etc.)
- numéro d'identification national unique
- données de santé issues du codage CCAM.

- La source d'où proviennent les données à caractère personnel :

Ces données peuvent émaner de votre employeur, d'organismes sociaux de base ou complémentaire, d'organismes professionnels contribuant à la gestion des contrats d'assurance, de toute autorité administrative habilitée.

Clause spécifique relative à la fraude

Vous êtes également informé de la mise en œuvre d'un dispositif ayant pour finalité la lutte contre la fraude à

l'assurance pouvant, notamment, conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, inscription pouvant avoir pour effet un allongement de l'étude de votre dossier, voire la réduction ou le refus du bénéfice d'un droit, d'une prestation, d'un contrat ou service proposés. Dans ce cadre, des données personnelles vous concernant (ou concernant les personnes parties ou intéressées au contrat) peuvent être traitées par toutes personnes habilitées intervenant au sein des services de L'Assureur, Néoliane Santé & Prévoyance. Ces données peuvent également être destinées au personnel habilité des organismes directement concernés par une fraude (autres organismes d'assurance ou intermédiaires ; organismes sociaux ou professionnels ; autorités judiciaires, médiateurs, arbitres, auxiliaires de justice, officiers ministériels ; organismes tiers autorisés par une disposition légale et, le cas échéant, les victimes d'actes de fraude ou leurs représentants).

Les destinataires ou les catégories de destinataires

Les données vous concernant pourront être communiquées en tant que de besoin et au regard des finalités mentionnées ci-dessus, aux entités du groupe GENERALI, et aux entités du Groupe SANTIANE ainsi qu'à des partenaires, intermédiaires, réassureurs et assureurs concernés, et organismes professionnels, organismes sociaux des personnes impliquées sous-traitants et prestataires, dans la limite nécessaire des tâches leur incombant ou qui leur sont confiées. Par ailleurs, en vue de satisfaire aux obligations légales et réglementaires les responsables de traitement pourront communiquer des données à caractère personnel à des autorités administratives et judiciaires légalement habilitées.

Localisation des traitements de vos données personnelles

Le groupe Generali France a adopté des normes internes en matière de protection des données et de sécurité informatique afin de garantir la protection et la sécurité de vos données.

Aujourd'hui, les data centers du groupe Generali France sont localisés en France, en Italie et en Allemagne, sur lesquels sont hébergées vos données.

S'agissant des traitements réalisés hors du Groupe Generali France par des partenaires externes, une vigilance toute particulière est apportée quant à la localisation des traitements, leur niveau de sécurisation (opérationnel et technique) et le niveau de protection des données personnelles du pays destinataire, afin de garantir un niveau de protection optimal.

Les traitements réalisés aujourd'hui hors de l'Espace Economique Européen (Maroc, Tunisie) concernent des traitements de supervision d'infrastructures (surveillance des plateformes informatiques, surveillance de l'opérabilité des solutions ou gestion des sauvegardes), principalement opérés par nos partenaires bancaires et les éditeurs de logiciel. Ces traitements opérés depuis des pays tiers font l'objet d'un encadrement juridique (Clauses contractuelles types, Binding Corporate Rules).

Ces documents sont disponibles sur demande écrite auprès du Délégué à la Protection des Données du Groupe Generali France, à l'adresse suivante : droitdonnees@generali.fr

Les durées de conservation

Vos données personnelles sont susceptibles d'être conservées pendant toute la durée nécessaire à l'exécution du contrat en référence aux délais prescriptions légales et sous réserve des obligations légales et réglementaires de conservation.

L'exercice des droits

Dans le cadre du traitement que nous effectuons vous disposez dans les conditions prévues par la réglementation :

- D'un droit d'accès : Vous disposez du droit de prendre connaissance des données personnelles vous concernant dont nous disposons et demander à ce que l'on vous en communique l'intégralité.

- D'un droit de rectification : Vous pouvez demander à corriger vos données personnelles notamment en cas de changement de situation.

- D'un droit de suppression : Vous pouvez nous demander la suppression de vos données personnelles notamment lorsque ces dernières ne sont plus nécessaires ou lorsque vous retirez votre consentement au traitement de certaines données sauf s'il existe un autre

fondement juridique à ce traitement ;

- Du droit de définir des directives relatives au sort de vos données personnelles en cas de décès.

- D'un droit à la limitation du traitement : Vous pouvez nous demander de limiter le traitement de vos données personnelles

- D'un droit à la portabilité des données : Vous pouvez récupérer dans un format structuré les données que vous nous avez fournies lorsque ces dernières sont nécessaires au contrat ou lorsque vous avez consenti à l'utilisation de ces données.

Ces données peuvent être transmises directement au responsable du traitement de votre choix lorsque cela est techniquement possible.

- Droit de retrait : Vous avez le droit de retirer le consentement donné pour un traitement fondé sur cette base. Ce retrait vaut pour l'avenir et ne remet pas en cause la licéité des traitements déjà effectués. Il est susceptible de rendre l'exécution du contrat impossible sans être pour autant une cause de résiliation reconnue par le droit des assurances.

Cependant, le retrait de données nécessaires à l'exécution du contrat et notamment au contrôle de la pertinence des engagements réciproques, est susceptible de rendre impossible l'exécution du contrat, dès lors que ces données participent du consentement des parties à la contractualisation.

Dans une telle hypothèse, cette impossibilité d'exécution peut être une cause contractuellement définie de déchéance de garantie.

- Droit d'opposition : Vous pouvez vous opposer au traitement de vos données personnelles notamment concernant la prospection commerciale

Coordonnées du Délégué à la Protection des Données Personnelles

. Vous pouvez exercer ces droits sur simple demande à l'adresse suivante :

- Néoliane Santé & Prévoyance :

Adresse électronique : dpo@neoliane.fr

Adresse postale : 455 promenade des Anglais 06200 Nice

Droit d'introduire une réclamation

Par ailleurs, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de Fontenoy- TSA 80715-75334 PARIS CEDEX 07

Clause spécifique relative aux obligations réglementaires

Dans le cadre de l'application des dispositions du code monétaire et financier, le recueil d'un certain nombre d'informations à caractère personnel est obligatoire à des fins de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme.

Dans ce cadre, vous pouvez exercer votre droit d'accès auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07

Profilage et prise de décision automatisée

Dans le cadre de la souscription et l'exécution du contrat, les risques à assurer peuvent, à partir d'informations vous concernant ou concernant vos biens, être appréciés et quantifiés suivant des traitements automatisés ou faire intervenir des éléments de profilage vous concernant.

De tels traitements peuvent avoir un impact sur la tarification ou l'ajustement des garanties.

Vous disposez du droit d'obtenir une intervention humaine de la part du responsable du traitement, d'exprimer votre point de vue et de contester la décision

Vous pouvez exercer ces droits à l'adresse mentionnée pour l'exercice de vos droits.

Prospection

Dans le cadre d'opérations de prospection et afin de vous permettre de bénéficier d'une couverture d'assurance aussi complète que possible et de bénéficier de produits ou services contribuant à vos besoins de protection en matière d'assurance, certaines données vous concernant ou concernant les risques à assurer, peuvent ou pourront entraîner des décisions automatisées ou fondées sur le profilage, consistant notamment à vous adresser certaines offres commerciales.

Vous disposez d'un droit d'opposition à recevoir des offres commerciales ainsi que du droit de vous opposer au profilage de vos données lié à la prospection que vous pouvez exercer à l'adresse ci-dessus.

6. 3. Opposition au démarchage téléphonique

Conformément aux dispositions de l'article L.223-1 du code de la consommation, l'assuré dispose également du droit de s'inscrire sur une liste d'opposition au démarchage téléphonique gérée par la société Opposetel. Il est interdit à un professionnel, directement ou par l'intermédiaire d'un tiers agissant pour son compte, de démarcher téléphoniquement un consommateur inscrit sur cette liste, sauf lorsqu'il s'agit de sollicitations intervenant dans le cadre de l'exécution d'un contrat en cours et ayant un rapport avec l'objet de ce contrat, y compris lorsqu'il s'agit de proposer au consommateur des produits ou des services afférents ou complémentaires à l'objet du contrat en cours ou de nature à améliorer ses performances ou sa qualité.

Pour plus d'information : www.bloctel.gouv.fr ou **OPPOSETEL- Service Bloctel- 6 rue Nicolas Siret – 10000 TROYES**

6. 4. Droit de renonciation

L'adhésion au Contrat ne constitue pas un engagement définitif pour l'Adhérent s'il a adhéré par vente à distance ou par démarchage. Il dispose d'un délai pour renoncer à son adhésion aux conditions et selon les modalités décrites ci-après :

Si le Contrat est vendu à distance :

On entend par vente à distance le Contrat conclu au moyen d'une ou plusieurs techniques de commercialisation à distance (cf. notamment de vente par correspondance ou internet). Conformément à l'article L.112-2-1 du code des assurances, un délai de renonciation de quatorze (14) jours calendaires révolus s'applique en cas de vente à distance.

Ce délai commence à courir soit à partir de la date de signature de votre contrat, soit à compter du jour où vous avez reçu les conditions

contractuelles et les informations particulières si cette dernière date est postérieure Si un Sinistre survient pendant ce délai de 14 jours, la cotisation doit avoir été réglée au plus tard lors de la déclaration du sinistre.

La demande de renonciation doit être adressée par écrit sur le site :

www.neoliane-sante.fr/service-client

ou envoyée à l'adresse suivante :

Néoliane Santé & Prévoyance
455 Promenade des Anglais - Immeuble Plaza
06200 Nice

Si vous avez demandé que votre contrat commence à être exécuté avant l'expiration du délai de renonciation, nous pourrions conserver une fraction de la cotisation que vous avez réglée correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru.

La demande de renonciation peut être faite suivant le modèle exemple de lettre inclus ci-dessous.

Modèle de lettre de renonciation en cas de Vente à Distance

Nom, prénom :
Adresse :
N° du contrat :
Mode de paiement choisi :
Montant de la cotisation déjà acquitté :

Madame, Monsieur,
Conformément aux dispositions de l'article L. 112-2-1 II du Code des assurances, j'entends par la présente renoncer au contrat d'assurance cité en références que j'ai souscrit en date du _____ . Je souhaite donc qu'il soit résilié à compter de la date de réception de la présente lettre. Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.
Fait le _____ à _____ Signature de l'Adhérent

Si le Contrat est vendu par démarchage :

La vente par démarchage est la sollicitation d'un client, même à sa demande, à son domicile, sa résidence ou sur son lieu de travail, en vue de lui proposer la souscription d'un Contrat.

En vertu de l'article L112-9 alinéa 1er du code des assurances, "toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un Contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant un délai de 14 jours calendaires révolus à compter de la date d'adhésion, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités."

Si les conditions précitées sont réunies - et sous réserve des autres dispositions de l'article L 112-9 du Code des assurances - vous pouvez renoncer au présent contrat .

- en ligne, sur www.neoliane-sante.fr/service-client
- par courrier à l'adresse suivante :

Néoliane Santé & Prévoyance
455 Promenade des Anglais – Imm. Nice Plaza, 5e
06200 NICE

Modèle de lettre de renonciation en cas de démarchage

Nom, prénom :
Adresse :
N° du contrat :
Mode de paiement choisi :
Montant de la cotisation déjà acquitté :

Madame, Monsieur,
Conformément aux dispositions de l'article L. 112-9 du Code des assurances, j'entends par la présente renoncer au contrat d'assurance cité en références que j'ai souscrit en date du _____ . Je souhaite donc qu'il soit résilié à compter de la date de réception de la présente lettre. Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.
Fait le _____ à _____ Signature de l'Adhérent

L'assureur rembourse la cotisation perçue de l'adhérent en application de l'adhésion, à l'exception du montant qui lui est dû en contrepartie du commencement d'exécution dans les conditions ci-dessus évoquées.

Ce remboursement intervient au plus tard dans les trente (30) jours suivant la réception par l'assureur de la notification de la renonciation.

CHAPITRE 7

Les garanties de protection juridique

Les garanties de Protection Juridique sont gérées par L'Équité (désignée ci-après par « nous »), 2 rue Pillet-Will – 75009 Paris ou par toute société qui s'y substituerait.

Lorsque vous êtes confronté à un litige garanti, et sous réserve des conditions d'application exposées ci-après, nous nous engageons après examen du dossier :

- à vous donner notre avis sur la portée ou les conséquences de l'affaire au regard de vos droits et obligations après examen du dossier en cause,
- à vous proposer, si vous le souhaitez, notre assistance au plan amiable, en vue d'aboutir à la solution la plus conforme à vos intérêts,
- à participer financièrement, le cas échéant, et dans les conditions prévues à l'article « Garantie financière », aux dépenses nécessaires à l'exercice ou à la défense de vos droits, à l'amiable ou devant les juridictions compétentes, la gestion et la direction du procès étant alors conjointement assurées par vous et votre Conseil.

7. 1. Domaines d'intervention

Nous garantissons votre Protection Juridique au titre de votre vie privée dans le cadre limitatif des domaines d'intervention ci-après listés et à l'exception des exclusions citées à l'article 7.2 « Exclusions et conditions de la garantie. »

Service Conseils

Ce service est à votre disposition pour vous renseigner de 9h à 18h (horaires de France métropolitaine), du lundi au vendredi, à l'exception des jours fériés :

01 58 38 65 66 (tarif normal de votre opérateur)

Nous vous fournissons par téléphone, notre avis de principe sur toute question d'ordre juridique portant sur l'univers des accidents de la vie, tels que définis dans les domaines d'intervention ci-après listés.

Nous nous efforçons de répondre immédiatement à votre demande. Toutefois, la réponse peut ne pas être immédiate lorsque des recherches documentaires sont nécessaires à son élaboration. Nous nous engageons alors à vous rappeler dans les meilleurs délais.

Cette prestation téléphonique ne peut faire l'objet d'échanges écrits.

Défense de vos droits

La garantie s'applique **aux litiges vous opposant à un tiers**, conséquence directe ou indirecte d'un **dommage corporel garanti** par le contrat « Néoliane Garantie des Accidents de la Vie (GAV) ».

À ce titre, nous prenons en charge la défense de vos intérêts dans le cadre de **tout recours visant à la réparation pécuniaire d'un préjudice que vous avez subi.**

Lorsque les événements suivants sont consécutifs au seul accident indemnisé au titre de votre contrat « Néoliane Garantie des Accidents de la Vie (GAV) », nous prenons en charge les litiges vous opposant à :

- votre employeur dans le cadre d'un licenciement abusif,
- un assureur en cas de refus de celui-ci d'intervenir au titre de votre contrat.

En plus des exclusions prévues pour chaque type de garantie et des « Exclusions communes à toutes les garanties », telles qu'énoncées dans le présent contrat, la garantie ne s'applique pas :

- **aux litiges dont vous aviez connaissance lors de la souscription de la garantie, ou lors de votre adhésion au contrat,**
- **aux sinistres dont le fait générateur est antérieur à la souscription de la garantie ou à votre adhésion au contrat,**
- **aux litiges survenus à l'occasion de faits de guerre civile ou étrangère,**
- **aux litiges découlant de dommages corporels dus à des émeutes, des mouvements populaires ou des attentats, dès lors que l'assuré victime y a pris intentionnellement part (article 706-3 et suivants du Code de Procédure Pénale),**
- **aux procédures et réclamations découlant d'un crime ou d'un délit qualifié par un fait volontaire ou intentionnel, dès lors que ce crime ou ce délit vous est imputable personnellement,**
- **aux litiges relevant de votre activité professionnelle indépendante, que celle-ci soit exercée en nom propre ou en société,**
- **aux litiges découlant d'une activité politique, syndicale,**
- **aux litiges consécutifs à la conduite d'un véhicule terrestre à moteur,**
- **aux litiges consécutifs à un délit de fuite ou à un refus d'obtempérer,**
- **aux litiges survenus au cours d'épreuves sportives, courses, compétitions ou leurs essais, rémunérés ou pratiqués à titre professionnel, soumis ou non à l'information et/ou à l'autorisation des Pouvoirs Publics**
- **aux litiges hors de la compétence territoriale prévue ci-après,**
- **aux litiges opposant l'Assuré à L'ÉQUITÉ.**

CONDITIONS GÉNÉRALES

valant dispositions générales

(Suite)

Conditions de la garantie

Pour la mise en œuvre de la garantie, vous devez être à jour de la cotisation et le sinistre doit satisfaire les conditions cumulatives suivantes :

- le sinistre doit entrer dans le champ d'application d'un des événements prévus au chapitre « Défense de vos droits » et trouver sa cause exclusive dans l'accident indemnisé au titre de votre contrat « Néoliane Garantie des Accidents de la Vie (GAV) »,
- la déclaration du sinistre doit être effectuée entre la date de prise d'effet de la garantie et la date de son expiration,
- la date du sinistre se situe entre la date de prise d'effet de la garantie et la date de son expiration,
- les règles de fonctionnement de la garantie doivent être respectées dans leur intégralité,
- l'enjeu financier du dossier en principal est supérieur ou égal à 275 euros TTC,
- le sinistre doit relever de la compétence d'une juridiction située sur le territoire français, ou sur celui d'un pays membre de l'Union Européenne ou de Monaco,
- vous devez disposer des éléments de preuve nécessaires et suffisants pour justifier du bien fondé de votre recours et de la réalité de votre préjudice.

7. 3. Étendue de la garantie financière

7. 3. 1. Garantie financière

Dépenses garanties

En cas de sinistre garanti :

- au plan amiable, nous prenons en charge les honoraires d'expert ou de spécialiste que nous mandatons ou que vous pouvez mandater avec notre accord préalable et formel, dans la limite d'un plafond de **1 000 euros TTC par affaire**,
- au plan judiciaire, nous prenons en charge, à concurrence maximale par sinistre de **8 000 euros TTC** :
 - les frais de constitution du dossier de procédure tels que les frais de constat d'huissier engagés avec notre accord préalable et formel,
 - les frais taxables d'huissier de justice ou d'expert judiciaire mandaté dans l'intérêt de l'Assuré et dont l'intervention s'avère nécessaire à la poursuite de la procédure garantie, et à son exécution,
 - les honoraires et les frais non taxables d'avocat, comme il est précisé au chapitre « Choix de l'Avocat » ci-après.

Les frais de consultation juridique ou d'acte de procédures réalisés avant déclaration du sinistre ne sont pas pris en charge sauf si vous pouvez justifier de l'urgence à les avoir engagés.

Dépenses non garanties

La garantie ne couvre pas les sommes de toute nature que vous devez en définitive payer ou rembourser à la partie adverse, et notamment :

- le principal, les frais et intérêts, les dommages et intérêts, les astreintes, les amendes pénales, fiscales ou civiles ou assimilées,
- les dépens au sens des dispositions des Articles 695 du Code de Procédure Civile,
- les condamnations au titre de l'article 700 du même Code, de l'article 475.1 ou 800.1 et 800.2 du Code de Procédure Pénale et de l'article L.761.1 du Code de la Justice Administrative ou de toute autre condamnation de même nature,
- tout honoraire ou émolument de tout auxiliaire de justice dont le montant serait fixé en fonction du résultat obtenu ou les honoraires d'huissier calculés au titre des articles 10 et 16 du Décret n° 96-1080 du 12

7. 3. 2. Choix de l'avocat

Si dans le cadre du traitement de votre sinistre, il est nécessaire de faire appel à un avocat, vous fixez de gré à gré avec celui-ci le montant de ses honoraires et frais. Vous disposez, en cas de sinistre (comme dans l'éventualité d'un conflit d'intérêt survenant entre nous à l'occasion dudit sinistre), de la possibilité de choisir librement l'avocat dont l'intervention s'avère nécessaire pour transiger, vous assister ou vous représenter en justice. Cette faculté de libre choix s'exerce à votre profit, selon l'alternative suivante :

1. Si vous faites appel à votre avocat, vous lui réglez directement ses frais et honoraires. Vous pouvez nous demander le remboursement desdits frais et honoraires, dans la limite maximale des montants fixés au tableau « Montants de prise en charge ou de remboursement des honoraires d'Avocat et d'Experts ». Les indemnisations sont alors effectuées dans un délai de 4 semaines à réception des justificatifs de votre demande à notre Siège Social. Sur demande expresse de votre part, nous pouvons adresser le règlement de ces sommes directement à votre Avocat dans les mêmes limites contractuelles.

En cas de paiement par l'Assuré d'une première provision à son avocat, l'assureur peut régler une avance sur le montant de cette provision, égale à la moitié de la limite maximale des montants fixés au tableau « Montants de prise en charge ou de remboursement des honoraires d'Avocat et d'Experts », le solde étant réglé à l'issue de la procédure.

Attention : sous peine de non-paiement des sommes contractuelles, vous devez :

- obtenir notre accord exprès avant la régularisation de toute transaction avec la partie adverse,
- joindre les notes d'honoraires acquittées accompagnées de la copie intégrale de toutes pièces de procédure et décisions rendues ou du protocole de transaction signé par les parties.

2. Si vous nous demandez l'assistance de notre avocat correspondant habituel, mandaté suite à une demande écrite de votre part, nous réglons directement ses frais et honoraires dans la limite maximale des montants fixés au tableau « Montants de prise en charge ou de remboursement des honoraires d'Avocat et d'Experts », comme il est précisé ci-après, tout complément restant à votre charge.

Direction du Procès

En cas d'action contentieuse, la direction, la gestion et le suivi du sinistre appartiennent à l'assuré assisté de son avocat.

Montants de prise en charge ou de remboursement des honoraires d'Avocat et d'Expert (TTC par litige)

| Assistance | |
|---|----------------------------|
| Médiation Civile ou Pénale | 500 euros ⁽¹⁾ |
| Commission | 400 euros ⁽¹⁾ |
| Intervention amiable | 150 euros ⁽¹⁾ |
| Tout Autre Intervention | 350 euros ⁽³⁾ |
| Réunion d'expertise ou Mesure d'Instruction | 500 euros ⁽³⁾ |
| Assistance à une Expertise Judiciaire ou à une Mesure d'Instruction | 400 euros ⁽¹⁾ |
| Tribunal de Police, Juge ou Tribunal pour Enfants | 500 euros ⁽³⁾ |
| Première Instance | |
| Juge de Proximité | 750 euros ⁽³⁾ |
| Affaire civile | 750 euros ⁽³⁾ |
| Affaire pénale | 500 euros ⁽³⁾ |
| Tribunal d'Instance | 650 euros ⁽³⁾ |
| Tribunal Administratif | 1 000 euros ⁽³⁾ |

| Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale | 1 000 euros ⁽³⁾ |
|--|----------------------------|
| Procureur de la République | 200 euros ⁽¹⁾ |
| Tribunal de Police, Juge ou Tribunal pour Enfants | 500 euros ⁽³⁾ |
| Cour d'Assises | 2 000 euros ⁽³⁾ |
| Tribunal de Grande Instance | |
| Juridiction Correctionnelle | 850 euros ⁽³⁾ |
| Juridiction de l'Exécution | 450 euros ⁽³⁾ |
| Autres procédures au fond | 1 200 euros ⁽³⁾ |
| Conseil des Prud'hommes | |
| Conciliation, départage | 550 euros ⁽³⁾ |
| Jugement | 850 euros ⁽³⁾ |
| Appel | |
| En matière de police | 450 euros ⁽³⁾ |
| En matière correctionnelle | 850 euros ⁽³⁾ |
| Autres matières | 1 200 euros ⁽³⁾ |
| Cour de cassation - Conseil d'État | |
| Toute autre juridiction | 650 euros ⁽³⁾ |
| Transaction Amiable | |
| menée à son terme, sans protocole signé | 500 euros ⁽³⁾ |
| menée à son terme et ayant abouti à un protocole signé par les parties et agréé par L'ÉQUITÉ | 1 000 euros ⁽³⁾ |
| Expertise | |
| Expertise amiable | 400 euros ⁽³⁾ |
| Expertise Médicale Judiciaire | 800 euros ⁽³⁾ |

(1) par intervention ; (2) par décision ; (3) par affaire.

Les plafonds ainsi prévus comprennent les frais divers (déplacement, secrétariat, photocopies), les taxes et impôts, et constituent le maximum de notre engagement.

7. 4. Fonctionnement de la garantie

Déclaration du sinistre

Pour nous permettre d'intervenir efficacement, vous devez faire votre déclaration par écrit dans les plus brefs délais,

- soit auprès de notre Siège Social :

L'ÉQUITÉ
2, rue Pillet-Will – 75009 Paris

Mise en œuvre de la garantie

À réception, le dossier est traité par la Direction Protection Juridique de l'Équité comme il suit :

- Nous vous faisons part de notre position quant à la garantie, étant entendu que nous pouvons vous demander de nous fournir, sans restriction ni réserve, toutes les pièces se rapportant au litige ainsi que tout renseignement complémentaire en votre possession. Conformément aux dispositions de l'article L.127.7 du Code des assurances, nous sommes tenus en la matière à une obligation de Secret Professionnel.
- Nous vous donnons notre avis sur l'opportunité de transiger ou d'engager une instance judiciaire, en demande comme en défense. Les cas de désaccord à ce sujet sont réglés selon les modalités prévues au paragraphe « Arbitrage » du présent article.

Cumul de la garantie

Si vous êtes garanti par plusieurs polices pour le risque constituant l'objet du présent contrat, vous devez nous en informer, au plus tard, lors de la déclaration du sinistre.

Il est entendu que vous pouvez vous adresser à l'Assureur de votre choix pour la prise en charge du sinistre.

La garantie des polices contractées sans fraude produit ses effets dans les limites contractuelles prévues.

S'il y a eu tromperie ou fraude de votre part, les sanctions prévues par l'article L.121.3 du Code des assurances sont applicables.

Exécution des décisions de justice et subrogation

Dans le cadre de notre garantie, nous prenons en charge la procédure d'exécution de la décision de justice rendue en votre faveur.

Lorsque la partie adverse est condamnée aux dépens de l'instance nous sommes subrogés dans vos droits, à due concurrence de nos débours.

Lorsqu'il vous est alloué une indemnité de procédure par application des dispositions de l'article 700 du Code de Procédure Civile, de l'article 475.1 ou 800.1 et 800.2 du Code de Procédure Pénale ou de l'article L.761.1 du Code de la Justice administrative, nous sommes subrogés dans vos droits à hauteur du montant de notre garantie, déduction faite des honoraires demeurés à votre charge.

Arbitrage

Conformément aux dispositions de l'article L.127-4 du Code des assurances, il est entendu que, dans le cas d'un désaccord entre nous au sujet des mesures à prendre pour régler le litige, objet du sinistre garanti, cette difficulté peut être soumise sur votre demande, à l'arbitrage d'un conciliateur désigné d'un commun accord, ou à défaut, par le Président du Tribunal de Grande Instance, statuant en la forme des référés.

Les frais exposés pour la mise en œuvre de cette faculté sont à notre charge, sauf lorsque le Président du Tribunal de Grande Instance en décide autrement, au regard du caractère abusif de votre demande. Si contrairement à notre avis et celui du conciliateur, vous engagez à vos frais une procédure contentieuse et obtenez une solution plus favorable que celle que nous avons proposée, nous nous engageons, dans le cadre de notre garantie, à prendre en charge les frais de justice et d'avocat que vous aurez ainsi exposés.

Toutefois, afin de simplifier la gestion de ce désaccord, nous nous engageons à :

- nous en remettre au choix de votre arbitre dans la mesure où ce dernier est habilité à délivrer des conseils juridiques,
- accepter, si vous en êtes d'accord, la solution de cet arbitre.

En ce cas, la consultation de cet arbitre sera prise en charge par la Compagnie, dans la limite contractuelle prévue au poste « Assistance - Médiation Civile » du tableau « Montants de prise en charge ou de remboursement des honoraires d'Avocat et d'Experts » de l'article 7.3 - Etendue de la garantie financière.

Conflit d'intérêt

Si, lors de la déclaration du sinistre, ou au cours du déroulement des procédures de règlement de ce sinistre, il apparaît entre vous et nous un conflit d'intérêt, notamment lorsque le tiers auquel vous êtes opposé est assuré par nous, il sera fait application des dispositions de l'article 7.3- Etendue de la garantie financière- « Choix de l'Avocat ».

CHAPITRE 8

Convention d'assistance « Néoliane Garantie des Accidents de la Vie (GAV) » (GE9)

La présente convention d'Assistance constitue les Dispositions Générales des prestations d'assistance de « Néoliane Garantie des Accidents de la Vie (GAV) ».

8. 1. Généralités

8. 1. 1. Objet

La présente convention d'assistance a pour objet

de préciser les obligations réciproques d'EUROP ASSISTANCE et des Bénéficiaires définis ci-après.

8. 1. 2. Définitions

Europ Assistance

Il faut entendre EUROP ASSISTANCE, Société Anonyme au capital de 23 601 857 euros, Entreprise régie par le Code des Assurances, immatriculée au registre du commerce et des sociétés de Nanterre sous le numéro 451 366 405, sise 1 promenade de la Bonnette, 92230 GENNEVILLIERS.

Dans la présente convention d'assistance, EUROP ASSISTANCE, est remplacé par le terme « Nous ».

Bénéficiaire

Est considéré comme bénéficiaire

- l'Adhérent du contrat d'assurance Garantie Accident de la Vie (GAV) souscrit auprès de L'ÉQUITÉ ou de l'un de ses mandataires, ainsi que les personnes suivantes:
- son conjoint, son pacsé ou concubin notoire, vivant sous le même toit,
- leur(s) enfant(s) célibataire(s) âgé(s) de moins de 25 ans à charge au sens fiscal, et vivant sous le même toit, les enfants handicapés âgés de plus de 25 ans,
- les enfants adoptés, répondant aux conditions susvisées, à compter de la date de transcription du jugement d'adoption sur les registres de l'état civil français, au cours des 12 mois de validité du contrat et cela jusqu'à la prochaine échéance du contrat en cours,
- le cas échéant : leur(s) enfant(s) qui viendrai(en)t à naître au cours des 12 mois de validité du contrat et cela jusqu'à la prochaine échéance du contrat en cours.

Dans la présente convention d'assistance les Bénéficiaires sont désignés par le terme « Vous ».

Membre de la famille

Par membre de famille, on entend : les enfants, la mère, le père, la grand-mère, le grand-père, le conjoint, le concubin, le partenaire lié par un PACS, la belle-fille, le gendre, les petits-enfants, appartenant à la famille d'un bénéficiaire.

Domicile

Par Domicile, il faut entendre le lieu de résidence principale et habituelle du Bénéficiaire en France. Son adresse figure sur son dernier avis d'imposition sur le revenu.

France

Par France, il faut entendre la France métropolitaine et Principauté de Monaco.

Étranger

Par « Étranger », on entend les pays du monde entier, à l'exception de la France.

Maladie

Une altération de la santé dûment constatée par un docteur en médecine, nécessitant des soins médicaux et présentant un caractère soudain et imprévisible.

Blessure

Toute lésion corporelle médicalement constatée atteignant le Bénéficiaire, provenant de l'action violente, soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

Immobilisation

Incapacité (totale ou partielle) physique à se déplacer constatée par un médecin, faisant suite à une Maladie ou à une Blessure, et nécessitant le repos au Domicile. Elle devra être justifiée par un certificat médical ou selon le Bénéficiaire concerné, par un arrêt de travail circonstancié.

Accidents de la vie

Ce sont les événements définis à l'article 1.3 « Évènements garantis » des Dispositions Générales du produit Néoliane Garantie des Accidents de la Vie (GAV).

8. 2. Conditions et modalités d'application

8. 2. 1. Validité et durée du contrat

Les garanties d'assistance s'appliquent pendant la période

de validité du contrat Néoliane Garantie des Accidents de la Vie (GAV). Elles cessent de ce fait si le contrat est résilié.

8. 2. 2. Conditions d'application

Europ Assistance intervient à la condition expresse que l'évènement qui l'amène à fournir la prestation demeurerait incertain au moment du départ.

Notre intervention ne saurait se substituer aux interventions des services publics locaux ou de tous intervenants auxquels nous aurions l'obligation de recourir en vertu de la réglementation locale.

8. 2. 3. Titres de transport

Lorsqu'un transport est organisé et pris en charge en application des clauses du présent contrat, le Bénéficiaire s'engage à réserver à Europ Assistance le droit d'utiliser les titres de transport qu'il détient soit à rembourser à Europ Assistance les montants dont il obtiendrait le remboursement auprès de l'organisme émetteur de ce titre.

8. 2. 4. Nature des déplacements couverts

Les prestations d'assistance décrites dans la présente convention s'appliquent :

- En France, au cours de tout déplacement privé ou professionnel,
- À l'Étranger, au cours de tout déplacement privé ou professionnel, d'une durée n'excédant pas 90 jours consécutifs.

8. 2. 5. Étendue territoriale

La présente convention d'assistance s'applique en France Métropolitaine.

8. 3. Modalités d'intervention

Il est nécessaire, en cas d'urgence, de contacter les services de secours pour tous problèmes relevant de leurs compétences.

Afin de nous permettre d'intervenir, nous vous recommandons de préparer votre appel.

Nous vous demanderons les informations suivantes :

- vos nom(s) et prénom(s),
- l'endroit précis où vous vous trouvez, l'adresse et le numéro de téléphone où l'on peut vous joindre,
- votre numéro de contrat GAV (n° d'adhésion).

Si vous avez besoin d'assistance, vous devez :

- nous appeler sans attendre au n° de téléphone **01 41 85 84 73**
- obtenir notre accord préalable avant de prendre toute initiative ou d'engager toute dépense,
- vous conformer aux solutions que nous préconisons,
- nous fournir tous les éléments relatifs au contrat souscrit,
- nous fournir tous les justificatifs originaux des dépenses dont le remboursement est demandé,
- nous fournir tout justificatif d'immobilisation ou d'hospitalisation, ainsi que les décomptes originaux des organismes sociaux ou de prévoyance.

Nous nous réservons le droit de vous demander tout justificatif nécessaire à l'appui de toute demande d'assistance (tels que notamment, certificat de décès, certificat de concubinage, avis d'imposition, certificat médical d'arrêt de travail, justificatif de solvabilité etc.).

Toute dépense engagée sans notre accord ne donne lieu à aucun remboursement ou prise en charge a posteriori.

Fausses déclarations :

Lorsqu'elles changent l'objet du risque ou en diminuent notre opinion :

Toute réticence ou déclaration intentionnelle fautive de votre part entraînent la nullité du contrat. Les primes payées nous demeurent acquises et nous serons en droit d'exiger le paiement des primes échues.

Toute omission ou déclaration inexacte de votre part dont la mauvaise foi n'est pas établie entraîne

CONDITIONS GÉNÉRALES

valant dispositions générales

(Suite)

la résiliation du contrat 10 jours après notification qui vous sera adressée par lettre recommandée.

8. 4. Prestations d'assistance en cas d'accident de la vie

Le bénéficiaire devra fournir sur demande à EUROP ASSISTANCE France l'attestation de sa déclaration d'un accident garanti, établie par L'ÉQUITE.

8. 4. 1. Vous êtes victime d'un accident de la vie

Information par téléphone

Sur simple demande de votre part, chaque jour de 8h00 à 19h30 sauf les dimanches et jours fériés, nous recherchons et vous communiquons toute information ou tout renseignement à caractère documentaire qui vous permettront d'orienter vos démarches administratives, juridiques ou sociales liées à l'accident de la vie dont vous êtes victime.

Nous nous engageons à respecter une totale confidentialité des conversations tenues lors de ces prestations d'assistance téléphonique.

Nous nous efforcerons de répondre immédiatement à tout appel mais nous pouvons être conduits, pour certaines demandes, à procéder à des recherches entraînant un délai de réponse.

Selon les cas, nous vous orienterons vers les catégories d'organismes ou de professionnels susceptibles de vous répondre.

Dans tous les cas, ces informations constituent des renseignements à caractère documentaire visés à l'article 66.1 de la loi modifiée du 31 décembre 1971.

Il ne peut en aucun cas s'agir de consultations juridiques ou de consultations médicales par téléphone. Nous ne pourrions être tenus pour responsables des interprétations, ni de l'utilisation des informations communiquées.

À titre d'exemple :

- les aides disponibles,
- les organismes compétents (CCAS, CODERPA...),
- l'obligation alimentaire,
- la transmission du patrimoine,
- la Prestation Spécifique Dépendance : conditions d'admission, montant de la prestation, procédure d'attribution, modalités d'utilisation, mesures d'accompagnement ...,
- les aides légales en espèces : allocation logement, allocation vieillesse, services ménagers ...,
- les problèmes liés à la modification des relations avec les acteurs de la vie quotidienne : propriétaire de l'habitation, banquier, administration, notaire...,
- le rôle de l'assistante sociale,
- les problèmes de capacité juridique : la sauvegarde de justice, le mandataire spécial...

8. 4. 2. Vous êtes immobilisé à domicile plus de 5 jours ou hospitalisé plus de 3 jours à la suite d'un accident de la vie

Présence hospitalisation (en cas d'hospitalisation seulement)

Nous organisons et prenons en charge le voyage aller/retour depuis la France d'une personne choisie par vous, afin qu'elle se rende à votre chevet.

Nous organisons et prenons en charge ses frais d'hôtel pendant 5 nuits à concurrence de 60 euros TTC par nuit maximum (chambre + petit déjeuner exclusivement).

Transfert ou garde des enfants

Vous pouvez bénéficier de l'une des prestations suivantes pour vos enfants de moins de 15 ans :

- soit le transfert de vos enfants chez un proche.

Nous organisons et prenons en charge le voyage aller/retour de vos enfants de moins de 15 ans depuis votre

domicile jusqu'au domicile, en France, d'un proche désigné par vous. Nous prenons également en charge le voyage aller/retour d'une personne de votre choix, depuis son domicile en France, ou de l'une de nos hôtes, pour accompagner vos enfants de moins de 15 ans.

- soit la garde des enfants à domicile.

Nous organisons et prenons en charge la garde de vos enfants de moins de 15 ans pendant 15 jours maximum. Les gardes ont lieu du lundi au samedi entre 8h00 et 19h00 à raison de 4 heures consécutives minimum et 10 heures consécutives maximum par jour.

Dans l'hypothèse où les déplacements de l'enfant nécessitent l'accompagnement d'un adulte, la garde s'en chargera, cependant, en aucun cas, elle n'utilisera son véhicule personnel. La personne chargée de garder l'enfant prendra et quittera ses fonctions en présence d'un membre de la famille.

Aide pédagogique

Suite à un accident, l'enfant est immobilisé au domicile et subit une absence scolaire d'une durée égale ou supérieure à 15 jours consécutifs.

Nous recherchons un ou plusieurs enseignants pour se rendre, à partir du 16^{ème} jour, à votre domicile (en dehors des périodes de vacances scolaires) afin d'assurer la continuité du programme scolaire dans les matières suivantes : mathématiques, physique, français, anglais, espagnol et allemand.

Nous nous engageons à rechercher un enseignant à domicile dans un délai maximum de 3 jours ouvrés suivant la demande et prenons en charge l'intervention de l'enseignant (cours et déplacement) à concurrence de 50 euros par jour et au maximum pendant 30 jours.

L'enseignement est dispensé pour des élèves du primaire aux classes de terminales incluses.

Chaque matière choisie devra faire l'objet de 4 heures de cours au minimum, sachant qu'aucun déplacement ne sera effectué par un enseignant pour moins de 2 heures de cours consécutives.

Nous vous demanderons de nous adresser sous 48 heures un certificat médical attestant l'absence scolaire pour raison de santé.

Transfert ou garde de vos animaux domestiques

Si personne ne peut s'occuper de vos animaux domestiques (chiens, chats) restés seuls à votre domicile, nous organisons et prenons en charge, à votre demande, le transfert de ces animaux

- soit jusqu'au domicile en France d'une personne choisie par vous,
- soit dans un établissement de garde proche de votre domicile.

Nous prenons en charge les frais de garde dans cet établissement pendant 20 jours consécutifs maximum.

Cette prestation est soumise aux conditions de transport, d'accueil et d'hébergement exigées par les prestataires et établissements que nous sollicitons (vaccinations à jour, caution, ...).

Elle sera rendue sous réserve que vous-même ou une personne autorisée par vous puisse accueillir à votre domicile le prestataire que nous aurons envoyé afin de lui confier l'animal.

Les frais de transport sont pris en charge dans la limite de 50 kilomètres depuis votre domicile.

Aide-ménagère

Nous recherchons et organisons la présence d'une aide-ménagère à votre domicile

- soit pendant votre hospitalisation pour venir en aide aux personnes restées à votre domicile,
- soit à votre retour à votre domicile pour vous venir en aide pendant votre convalescence.

Nous prenons en charge les frais de présence de l'aide-ménagère à concurrence de 600 euros TTC maximum.

La présence de l'aide-ménagère a lieu du lundi au samedi entre 8h00 et 19h00, dans la limite des 30 jours à compter de la date de sortie d'hospitalisation.

Livraison de médicaments

Après une hospitalisation de plus de trois jours ou en cas d'immobilisation à domicile, si personne de votre entourage ne peut aller chercher les médicaments immédiatement nécessaires qui vous ont été médicalement prescrits, nous envoyons un prestataire qui se rend à votre domicile pour prendre l'ordonnance et aller chercher les médicaments. Seul le coût des médicaments est à votre charge.

Livraison de courses

Après une hospitalisation de plus de trois jours ou en cas d'immobilisation à domicile, nous recherchons et missionnons un prestataire qui se rend à votre domicile, prend possession de la liste et d'un moyen de paiement (argent liquide ou chèque dont le montant et l'ordre ont été déterminés par avance), fait les courses dans un lieu d'achat choisi dans un rayon de 15 kilomètres et livre ou fait livrer les courses. Nous prenons en charge les frais de déplacement de ce prestataire à concurrence de 300 euros TTC par événement.

8. 4. 3. En cas d'accident de la vie laissant présager une incapacité permanente au moins égale au seuil d'incapacité permanente mentionné au Certificat d'adhésion.

Adaptation du domicile

Si vous souhaitez faire effectuer un bilan de votre logement afin de faire réaliser des aménagements vous permettant de vous maintenir à votre domicile malgré les conséquences de l'accident de la vie dont vous êtes victime, nous pouvons missionner à votre domicile un spécialiste qui va réaliser un véritable diagnostic immobilier. Ce dernier portera sur les équipements susceptibles de faciliter votre maintien à domicile (installation de rampes d'accès, de poignées, élargissement de portes...).

À l'aide de ce diagnostic et en tenant compte de vos souhaits, le spécialiste établit un devis de référence qu'il vous adresse.

Nous prenons en charge la rémunération (diagnostic, déplacement et réalisation du devis) du spécialiste qui établit le diagnostic.

Le coût des travaux d'aménagement qui seront éventuellement réalisés suite au diagnostic, est à votre charge ou, lorsque les conditions sont réunies, est remboursé dans les limites de garantie fixées pour les préjudices indemnisables.

Recherche d'une maison d'accueil

Dans le cas où vous ne souhaitez ou ne pouvez pas rester à votre domicile et que vous préférez vous installer dans une maison d'accueil, nous vous conseillons sur les démarches à suivre et nous vous communiquons :

- les différentes solutions possibles,
- l'adresse des maisons d'accueil,
- les caractéristiques principales de ces établissements,
- les tarifs pratiqués.

Nous vous conseillons sur les catégories de maisons d'accueil susceptibles de correspondre à votre état de santé et à vos moyens financiers. Nous pouvons en outre vous aider à bâtir votre dossier d'inscription.

Assistance déménagement

Si vous décidez de ne pas faire effectuer de travaux d'aménagement à votre domicile et que vous préférez déménager, nous pouvons vous venir en aide de la manière suivante :

Aide aux formalités administratives en vue d'un déménagement

À l'occasion de votre déménagement, vous devez effectuer un certain nombre de démarches administratives; nous vous venons en aide :

- en répondant à toutes vos questions,
- en vous faisant parvenir un guide regroupant les principales démarches à effectuer,
- en mettant à votre disposition un ensemble de lettre pré-imprimées à vos nom et adresse que vous devez renvoyer aux administrations compétentes : France Télécom, le Service des Eaux, Sécurité Sociale, EDF-GDF.

Aide au déménagement

Vous pouvez nous contacter afin d'obtenir une aide

concernant l'organisation de votre déménagement.

Mise en relation avec des sociétés de déménagement

Nous vous aidons à choisir les dates de votre déménagement afin de retenir la période la plus favorable et nous vous conseillons sur le déménagement lui-même (assurances à souscrire, nature des moyens mis en œuvre, définition des services, etc.).

Par ailleurs, nous vous mettons en relation avec une ou plusieurs entreprises de déménagement.

Mise en relation avec une société de location de véhicules utilitaires

Si vous souhaitez déménager par vos propres moyens, nous nous chargeons de rechercher un véhicule utilitaire léger (de moins de 3,5 tonnes, d'un volume maximum de 25 m³) afin de vous permettre le transfert de votre mobilier.

La mise à disposition de ce véhicule utilitaire est soumise aux disponibilités locales et aux dispositions réglementaires.

Mise à disposition d'un chauffeur

Nous pouvons vous mettre en relation avec un chauffeur qui pourra conduire le véhicule utilitaire ci-dessus désigné.

Les frais de déménagement, les frais de location, d'assurances, de péage, de carburant relatif au véhicule utilitaire, et le salaire du chauffeur sont à votre charge.

Assistance psychologique

Notre service Écoute et Accueil Psychologique permet, 24 heures sur 24 et 365 jours par an, de contacter par téléphone des psychologues cliniciens.

L'entretien téléphonique, mené par des professionnels qui garderont une écoute neutre et attentive, vous permettra de vous confier et de clarifier la situation à laquelle vous êtes confronté suite à cet accident de la vie.

Vos proches, bénéficiaires du contrat Néoliane Garantie des Accidents de la Vie (GAV), peuvent également faire appel au service Écoute et Accueil Psychologique.

Les psychologues interviennent dans le strict respect du code de déontologie applicable à la profession de psychologue, et ne s'autoriseront en aucun cas à débiter une psychothérapie par téléphone.

En fonction de votre situation et de votre attente, un rendez-vous pourra être aménagé afin de rencontrer près de chez vous un psychologue diplômé d'état.

Nous assurons l'organisation de ce rendez-vous et prenons en charge le coût de cette première consultation.

Assistance à la reconversion professionnelle

Vous disposez d'un délai de six mois après la reconnaissance de votre incapacité permanente pour nous contacter. À la suite de cet appel, nous vous envoyons un dossier complet (composé d'un manuel sur les techniques de recherche d'emploi, un guide d'orientation et d'évaluation et un questionnaire personnel).

Dans les dix jours qui suivent la réception de votre dossier complet, nous vous fixons un rendez-vous téléphonique. Au cours de cet entretien, nous analysons ensemble les documents constituant votre dossier et vous recommandons une stratégie de recherche d'emploi, éventuellement de formation.

En fonction de vos souhaits sur certains critères (activités de l'entreprise, taille de l'entreprise, proximité géographique), nous effectuons des recherches et éditons un listing avec un maximum de 50 adresses et vous l'envoyons dans les huit jours qui suivent la date de l'entretien téléphonique.

Entretien du domicile et petits dépannages

Pour toute réparation d'un appareil électroménager ou tout travail de plomberie, d'électricité ou de chauffage, nous contactons un de nos prestataires et nous le missionnons à votre domicile afin qu'il effectue les réparations.

Notre prestation comprend la recherche de l'artisan et l'organisation de la visite.

Le déplacement, le coût des pièces et la main d'œuvre restent à votre charge.

Organisation de services et mise en relation avec du personnel

Dans le cadre de l'organisation de services, lors de chaque demande, nous vous communiquons par téléphone un descriptif du service proposé ainsi que le tarif correspondant.

Si vous en êtes d'accord, nous organisons la mission en vous mettant en relation avec le prestataire avec lequel vous contracterez directement.

Accompagnement dans les déplacements

Sur simple appel téléphonique nous organisons vos déplacements avec l'aide d'un accompagnateur qui vous véhiculera et restera à vos côtés lors de vos déplacements.

À titre d'exemple : un rendez-vous chez le coiffeur, chez le notaire, à la poste ou à la banque, au supermarché, à la gare ou à l'aéroport. Cette prestation est réalisée principalement dans les grandes villes françaises et en fonction des disponibilités locales.

Le coût de la prestation est à votre charge.

Livraison de repas à domicile

À votre demande nous organisons la livraison de repas (déjeuner et dîner) à domicile.

Cette prestation est réalisée principalement dans les grandes villes françaises et en fonction des disponibilités locales.

Le coût de la livraison et des repas est à votre charge.

Livraison de médicaments urgents à votre domicile

Si vous-même ou une autre personne de votre entourage ne peut aller chercher les médicaments immédiatement nécessaires venant d'être prescrits par ordonnance par le médecin, nous envoyons un prestataire à votre domicile pour prendre possession de l'ordonnance et rechercher les médicaments à la pharmacie de votre choix ou à défaut à la pharmacie la plus proche ou à la pharmacie de garde. **Seul le coût des médicaments reste à votre charge.**

Les renouvellements d'ordonnance sont exclus.

Recherche de personnel à domicile

À votre demande, nous vous communiquons les coordonnées de personnel à domicile dans des domaines d'activité diversifiés, les plus proches de votre domicile :

- médecin (de garde en cas d'indisponibilité du médecin traitant du bénéficiaire),
- aide-soignante,
- infirmière,
- garde malade,
- aide-ménagère,
- pédicure,
- personne de courtoisie.

Les honoraires de ces prestataires sont à votre charge.

8. 5. Dispositions générales

Outre les Exclusions Générales, nous ne pouvons pas intervenir lorsque vos demandes sont consécutives :

- à une guerre civile ou étrangère, des émeutes, des mouvements populaires, des actes de terrorisme, une catastrophe naturelle,
- à votre participation volontaire à des émeutes ou grèves, rixes ou voies de fait,
- à la désintégration du noyau atomique ou toute irradiation provenant d'une source d'énergie présentant un caractère de radioactivité,
- à l'usage de médicaments, de drogues, de stupéfiants et produits assimilés non ordonnés médicalement, et de l'usage abusif d'alcool,
- à un acte intentionnel de votre part ou d'un acte dolosif, d'une tentative de suicide ou suicide,

- à un acte intentionnel de votre part ou d'un acte dolosif, d'une tentative de suicide ou suicide,
- aux sinistres survenus dans les pays exclus de la garantie de la convention d'assistance ou en dehors des dates de validité de garantie, et notamment au-delà de la durée de déplacement prévu à l'Étranger.

Sont également exclus :

- les frais engagés sans notre accord, ou non expressément prévus par la présente convention d'assistance,
- les frais non justifiés par des documents originaux,
- les conséquences des situations à risques infectieux en contexte épidémique, de l'exposition à des agents biologiques infectants, de l'exposition à des agents chimiques type gaz de combat, de l'exposition à des agents incapacitants, de l'exposition à des agents neurotoxiques ou à effets neurotoxiques rémanents, qui font l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillances spécifiques de la part des autorités sanitaires internationales et/ou sanitaires locales du pays où vous séjournez et/ou nationale de votre pays de domicile,
- les maladies et/ou blessures préexistantes diagnostiquées et/ou traitées ayant fait l'objet d'une hospitalisation continue, d'une hospitalisation de jour ou d'une hospitalisation ambulatoire dans les 6 mois précédant toute demande, qu'il s'agisse de la manifestation ou de l'aggravation dudit état,
- les sinistres survenus dans les pays exclus de la garantie ou en dehors des dates de validité du contrat, et notamment au-delà de la durée de déplacement prévu à l'Étranger,
- les conséquences des incidents survenus au cours d'épreuves, courses, ou compétitions motorisées (ou leurs essais), soumises par la réglementation en vigueur à l'autorisation préalable des pouvoirs publics, lorsque vous y participez en tant que concurrent, ou au cours d'essais sur circuit soumis à homologation préalable des pouvoirs publics, et ce, même si vous utilisez votre propre véhicule,
- les voyages entrepris dans un but de diagnostic et/ou de traitement médical ou d'intervention de chirurgie esthétique, leurs conséquences et les frais en découlant,
- les demandes d'assistance se rapportant à la procréation médicalement assistée ou à l'interruption volontaire de grossesse,
- les demandes relatives à la procréation ou la gestation pour le compte d'autrui, et ses conséquences,
- les incidents liés à un état de grossesse dont le risque était connu avant le départ et leurs conséquences (accouchement compris), et dans tous les cas, les incidents dus à un état de grossesse à partir de la 36^e semaine d'aménorrhée et leurs conséquences (accouchement compris),
- les appareillages médicaux et les prothèses (dentaires, auditives, médicales),
- les cures thermales et les frais en découlant,
- les frais médicaux engagés dans votre pays de Domicile,
- les hospitalisations prévues, leurs conséquences et les frais en découlant,
- les frais d'optique (lunettes et verres de contact par exemple),
- les vaccins et frais de vaccination,
- les visites médicales de contrôle et les frais s'y rapportant, et leurs conséquences,

- les interventions à caractère esthétique, les frais en découlant ainsi que leurs éventuelles conséquences,
- les séjours dans une maison de repos et les frais en découlant,
- les rééducations, kinésithérapies, chiropraxies, les frais en découlant, et leurs conséquences,
- les services médicaux ou paramédicaux et l'achat de produits dont le caractère thérapeutique n'est pas reconnu par la législation française, et les frais s'y rapportant,
- les bilans de santé concernant un dépistage à titre de prévention, les traitements ou analyses réguliers, et les frais y afférant,
- les recherches et secours de personne, notamment en montagne, en mer ou dans le désert, et les frais s'y rapportant.

8. 5. 2. Circonstances exceptionnelles

Nous ne pouvons en aucun cas nous substituer aux organismes locaux en cas d'urgence.

Nous ne pouvons être tenus pour responsables des manquements à l'exécution des prestations, résultant :

- de cas de force majeure ou d'événements tels que guerres civiles ou étrangères, instabilité politique notoire, mouvements populaires, émeutes, actes de terrorisme, répressions, restriction à la libre circulation des personnes et des biens, et ce quelle qu'en soit le motif notamment sanitaire, de sécurité, météorologique, limitation ou interdiction de trafic aérien, grèves, explosions, catastrophes naturelles, désintégration du noyau atomique, ni des retards dans l'exécution des prestations résultant des mêmes causes,
- de délais et/ou d'impossibilité à obtenir les documents administratifs tels que visas d'entrée et de sortie, passeport, etc. nécessaires à votre transport à l'intérieur ou hors du pays où vous vous trouvez ou à votre entrée dans le pays préconisé par nos médecins pour y être hospitalisé, ni des retards dans l'exécution des prestations résultant des mêmes causes,
- des recours à des services publics locaux ou à des intervenants auxquels nous avons l'obligation de recourir en vertu de la réglementation locale et/ou internationale ni des retards dans l'exécution des prestations résultant des mêmes causes,
- de la non-disponibilité aérienne et des contraintes administratives inhérentes au pays de destination ni des retards dans l'exécution des prestations résultant des mêmes causes.

8. 5. 3. Subrogation

Europ Assistance est subrogée, à concurrence des indemnités payées et des services fournis par elle, dans les droits et actions des Bénéficiaires contre toute personne responsable des faits ayant motivé son intervention.

8. 5. 4. Prescription

Conformément aux dispositions des articles L.114-1, L.114-2 et L.114-3 du Code des assurances :

Article L.114-1

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'assuré 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 de l'Adhérent et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, 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

« La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription » notamment :

- l'action en justice jusqu'à l'extinction de l'instance,
- l'acte d'exécution forcée,
- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait,
- et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre.

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

Article L.114-3

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

8. 5. 5. Réclamations – Litiges

En cas de réclamation ou de litige, le Bénéficiaire pourra s'adresser au service Qualité d'Europ Assistance :

Europ Assistance – Service Qualité
1 promenade de la Bonnette
92633 Gennevilliers cedex

8. 5. 6. Autorité de contrôle

L'autorité chargée du contrôle de l'entreprise d'assistance qui accorde les garanties prévues par la présente convention, est :

L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution
4 place de Budapest
75436 Paris Cedex 09

8. 5. 7. Informatique et Libertés

Toutes les informations recueillies par EUROP ASSISTANCE FRANCE, 1 promenade de la Bonnette, 92633 Gennevilliers cedex, lors de la souscription à l'un de ses services et/ ou lors de la réalisation des prestations sont nécessaires à l'exécution des engagements que nous prenons à votre égard. A défaut de réponse aux renseignements demandés, EUROP ASSISTANCE sera dans l'impossibilité de vous fournir le service auquel vous souhaitez souscrire.

Ces informations sont uniquement réservées aux services d'EUROP ASSISTANCE FRANCE en charge de votre contrat et pourront être transmises pour les seuls besoins de la réalisation du service à des prestataires ou partenaires d'EUROP ASSISTANCE FRANCE.

EUROP ASSISTANCE FRANCE se réserve également la possibilité d'utiliser vos données personnelles à des fins de suivi qualité ou d'études statistiques.

EUROP ASSISTANCE FRANCE peut être amenée à communiquer certaines de vos données aux partenaires à l'origine de la présente garantie d'assistance.

Vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des informations vous concernant en écrivant à :

Europ Assistance France – Service Qualité
1 promenade de la Bonnette,
92633 Gennevilliers cedex

Si pour les besoins de la réalisation du service demandé, un transfert des informations vous concernant est réalisé en dehors de la Communauté Européenne, EUROP ASSISTANCE FRANCE prendra des mesures contractuelles avec les destinataires afin de sécuriser ce transfert.

Par ailleurs, les Bénéficiaires sont informés que les conversations téléphoniques qu'ils échangeront avec EUROP ASSISTANCE pourront faire l'objet d'un enregistrement dans le cadre du suivi de la qualité des services et de la formation des personnels. Ces conversations sont conservées deux mois à compter de leur enregistrement.

TITRE I

FORMATION – DÉNOMINATION DURÉE – OBJET – COMPOSITION SIÈGE SOCIAL

Article 1. Constitution

Il est créé une Association de prévoyance régie par la loi du 1^{er} juillet 1901, les articles L.141-7 et R.141-1 à R.141-9 du Code des assurances et tous textes qui viendraient, le cas échéant à les modifier ou les compléter, ainsi que par les présents statuts et le cas échéant, son Règlement Intérieur.

Elle prend la dénomination de « **GPST** » (GROUPEMENT POUR LA PREVOYANCE ET LA SANTE POUR TOUS).

Elle est constituée pour une durée illimitée.

Article 2. Objet

L'Association **GPST** a pour objet :

- d'étudier les questions relatives aux régimes de retraite et de prévoyance obligatoires et complémentaires par secteurs d'activité professionnelle dont relèvent ses adhérents, personnes physiques et morales, de les conseiller et de leur donner toutes les informations possibles,
- de souscrire, au profit de ses adhérents, des contrats collectifs d'assurance auprès de tout organisme assureur
- de promouvoir toutes les actions publiques ou collectives pouvant favoriser la réalisation de ses objectifs ou ayant un but entrant dans le cadre de son objet social,

Et ce par tous moyens et sans visées bénéficiaires.

Article 3. Membres

L'Association se compose de plusieurs catégories de membres :

- a) les membres d'honneur choisis pour l'aide ou les conseils qu'ils peuvent apporter à l'Association ; les demandes d'admission à ce titre seront soumises à l'agrément du Conseil d'Administration ;
- b) les membres fondateurs, dont la liste initiale figure en Annexe des statuts, qui ne paient pas de cotisation ;
- c) et les membres adhérents, qui bénéficient des prestations de l'Association et paient à ce titre une cotisation.

Ces différentes catégories peuvent comporter des personnes physiques et des personnes morales.

La qualité de membre de l'Association s'acquiert par adhésion aux présents Statuts. Elle se perd par démission, décès, radiation sur décision du Conseil d'Administration pour non règlement des cotisations ou pour motifs graves.

La qualité de membre adhérent se perd également à la fin de l'adhésion aux contrats collectifs d'assurance à la suite d'une renonciation, d'un rachat anticipé ou à l'échéance normale.

La décision est rendue en dernier ressort par le Conseil d'Administration et n'a pas à être motivée.

Chaque adhérent personne morale, s'il représente plusieurs assurés, sera redevable d'autant de droits d'adhésions qu'il représente d'assurés.

Article 4. Siège Social

Le Siège Social est fixé **38-40, avenue des Champs-Élysées – 75008 Paris**. Il peut être transféré en tout autre lieu sur décision du Conseil d'Administration, qui est alors autorisé à modifier le présent article en conséquence.

TITRE II

ADMINISTRATION

Article 5. Composition du Conseil d'Administration

Le Conseil d'Administration se compose de 2 membres au moins et de 7 membres au plus, tous élus par l'Assemblée Générale des adhérents.

En tout état de cause, plus de la moitié des membres du Conseil d'Administration ne doivent pas détenir ou avoir détenu au cours des deux années précédant leur désignation aucun intérêt ni aucun mandat dans l'organisme d'assurance signataire du contrat d'assurance de groupe ni recevoir ou avoir reçu au cours de la même période aucune rétribution de la part de ces mêmes organismes ou sociétés.

Ces Administrateurs peuvent être choisis parmi les membres de l'Association ou en dehors et être soit des personnes physiques, soit des personnes morales qui désigneront leur représentant permanent.

Les Administrateurs sont élus pour une durée de 5 ans et sont rééligibles.

En cas de décès ou de démission d'un Administrateur en cours d'année, il est pourvu à son remplacement provisoire par les soins du Conseil. Il est procédé à son remplacement définitif par la plus prochaine Assemblée Générale. Les pouvoirs des membres ainsi élus prennent fin à l'époque où devrait normalement expirer le mandat des membres remplacés.

Les fonctions de membre du Conseil d'Administration sont gratuites. Elles peuvent toutefois donner lieu à un remboursement des frais engagés dans l'intérêt de l'Association. D'autre part, le Conseil d'Administration peut décider d'allouer, dans les limites fixées par l'Assemblée Générale, des indemnités et avantages au titre de membre du conseil à ses administrateurs.

Le président du Conseil d'Administration informe chaque année l'Assemblée Générale du montant des indemnités et avantages alloués conformément à l'alinéa précédent aux membres du Conseil d'Administration. Il informe également l'Assemblée Générale de toute rémunération versée par l'entreprise d'assurance à un ou à plusieurs membres du Conseil d'Administration et liée au montant de cotisations ou à l'encours des contrats souscrits par l'Association.

Tout Administrateur qui n'a pris aucune part aux travaux du Conseil d'Administration pendant un an pourra être considéré comme démissionnaire.

Article 6. Membres du Bureau

Le Conseil d'Administration élit parmi ses membres ou ses représentants un président qui est également le Président de l'Association.

Il peut également désigner pour constituer le Bureau un ou deux Vice-Présidents, un Secrétaire et un Trésorier, ces deux derniers pouvant être choisis en dehors des Administrateurs.

Le Président réunit et préside le Conseil d'Administration et le Bureau. Il assure la gestion courante de l'Association, applique et fait appliquer les décisions du Conseil d'Administration.

Il peut déléguer, sur avis du Bureau, ses pouvoirs à un autre membre du Bureau.

Les attributions des membres du Bureau et le fonctionnement de ce dernier sont déterminés par le Règlement Intérieur.

Article 7. Fonctionnement du Conseil d'Administration

Le Conseil se réunit sur convocation du Président chaque fois que celui-ci le juge utile ou sur demande de la moitié des Administrateurs et au moins une fois par an.

Il peut désigner un Secrétaire Général de l'Association et un ou plusieurs Conseillers Techniques en vue de réunir toute documentation relative à la réalisation technique de l'objet de l'Association.

Le Secrétaire Général et les Conseillers Techniques assistent aux réunions du Conseil d'Administration et du Bureau avec voix consultative. Il peut délibérer quel que soit le nombre des membres présents. Les décisions sont prises à la majorité des Administrateurs présents. En cas de partage, la voix du Président est prépondérante.

Les Administrateurs peuvent participer aux réunions du Conseil d'Administration par des moyens de visioconférence ou de télécommunication dans les conditions précisées le cas échéant par le Règlement Intérieur. Ils sont alors réputés effectivement présents pour le calcul du quorum et de la majorité. Il est tenu procès-verbal des séances du Conseil d'Administration.

Article 8. Pouvoirs du Conseil d'Administration

Le Conseil d'Administration est investi des pouvoirs les plus étendus pour décider toutes les opérations ayant pour but la réalisation de l'objet de l'Association.

Le Conseil d'Administration signe avec un ou plusieurs assureurs tout nouveau contrat d'assurance de groupe.

Si l'Assemblée Générale a délégué au Conseil d'Administration, dans les conditions de l'article 15, le pouvoir de signer 'un ou plusieurs avenants aux contrats d'assurance, le Conseil d'Administration exerce ce pouvoir dans la limite de la délégation donnée par l'Assemblée Générale, et en cas de signature d'un ou plusieurs avenants, il en fait rapport à la plus proche assemblée.

Le Conseil d'Administration établit chaque année un rapport sur le fonctionnement des contrats souscrits par l'Association ; le rapport est tenu à la disposition des adhérents. Le contenu de ce rapport est précisé par le Règlement Intérieur.

Article 9. Représentation en justice

L'Association est représentée en justice et dans tous les actes de sa vie civile par son Président ou un Vice-Président ou par toute personne habilitée à cet effet par le Conseil d'Administration.

TITRE III

ASSEMBLÉES GÉNÉRALES ORDINAIRE ET EXTRAORDINAIRE

Article 10. Composition des Assemblées

L'Assemblée Générale est constituée par les membres de l'Association présents ou représentés.

Tout membre à jour de cotisation, personne physique ou personne morale, a le droit de prendre part aux Assemblées Générales et d'y voter.

Pour l'exercice des droits de vote à l'Assemblée Générale, les adhérents ont la faculté de donner mandat à un autre adhérent ou à leur conjoint, ou, si l'auteur de la convocation l'a prévu, de voter par correspondance, notamment par voie électronique et par internet, selon les modalités prévues par le Règlement Intérieur.

Chaque adhérent dispose d'une voix. Les mandataires peuvent remettre les pouvoirs qui leur ont été conférés à d'autres mandataires ou adhérents. Le nombre de pouvoirs dont un même adhérent peut disposer, ne peut dépasser 5 % des droits de vote.

Tous les pouvoirs en blanc retournés à l'Association donnent lieu à un vote favorable à l'adoption des projets de résolution présentés ou agréés par le Conseil d'Administration.

Les mandataires disposent du droit de vote quel que soit le nombre de pouvoirs dont ils disposent.

Article 11. Convocation - Quorum

L'Assemblée Générale est convoquée par le président du Conseil d'Administration, au moins une fois par an.

Les adhérents devront se munir, pour participer à l'assemblée de leur convocation ainsi que de tout document, notamment le pouvoir qui leur aura été adressé, justifiant du numéro de contrat d'assurance auquel ils ont souscrit.

Le Conseil d'Administration est tenu de présenter au vote de l'assemblée les projets de résolutions qui lui ont été communiqués soixante jours au moins avant la date fixée pour la réunion de l'assemblée par le dixième des adhérents au moins, ou par cent adhérents si le dixième est supérieur à cent.

La convocation aux assemblées générales est individuelle : cette convocation précède de trente jours au moins la date fixée pour la réunion de l'assemblée.

Cette convocation pourra être transmise ainsi que l'ensemble des documents nécessaires par Internet à l'adresse e-mail que l'adhérent aura communiqué à l'Association lorsqu'il sera invité à le faire.

La convocation individuelle mentionne l'ordre du jour et contient les projets de résolutions présentés par le Conseil d'Administration ainsi que ceux communiqués dans les délais mentionnés au troisième alinéa.

Elle peut mentionner également la date à laquelle la seconde assemblée est convoquée en l'absence de réunion du quorum exigé au dernier alinéa.

Les adhérents pourront s'informer de la tenue ou non de la seconde assemblée en téléphonant au numéro qui leur sera transmis ou en consultant le site internet.

L'Assemblée Générale ne peut pas délibérer sur une question qui ne figurait pas à l'ordre du jour.

L'Assemblée Générale ne peut valablement délibérer que si mille adhérents au un trentième des adhérents au moins sont présents, représentés ou ont voté par correspondance (y compris par voie électronique et par internet). Si, lors de la première convocation, l'assemblée n'a pas réuni ce quorum, une seconde assemblée est convoquée.

Elle délibère alors valablement quel que soit le nombre de ses adhérents présents, représentés ou ayant voté par correspondance (y compris par voie électronique et par internet).

Article 12. Composition du Bureau de l'Assemblée Générale

Le Bureau de l'Assemblée Générale est celui du Conseil d'Administration. L'Assemblée Générale entend le rapport du Conseil d'Administration sur la situation morale et financière de l'Association.

Article 13. Procès-verbal

Il est tenu une feuille de présence à l'Assemblée.

Les délibérations de l'Assemblée sont constatées par des procès-verbaux inscrits sur un registre spécial et signés par le Président et un membre du Conseil. Les

copies ou extraits de ces procès-verbaux sont signés par le Président du Conseil ou par deux Administrateurs. Ils sont tenus à la disposition des adhérents au siège de l'Association, pour consultation, sous condition de justifier de sa qualité d'adhérent.

Article 14. Assemblée Générale Extraordinaire

Sur l'avis du Conseil, ou sur la demande motivée, d'au moins 10% des membres de l'Association, le Président du Conseil d'Administration est tenu de convoquer une Assemblée Générale Extraordinaire, dans le délai de deux mois à compter de la réception de la demande.

L'Assemblée Générale Extraordinaire peut apporter, sur proposition de son Bureau ou d'au moins 10% des membres de l'Association, des modifications aux Statuts. Elle peut également décider la prorogation, la fusion avec toute autre Association poursuivant un but analogue ou la dissolution.

Les décisions devront être prises à la majorité des 2/3 des voix des membres présents, représentés ou ayant voté par correspondance (y compris par voie électronique et par internet).

Article 15. Assemblée Générale Ordinaire

Les décisions prises en Assemblée Générale Ordinaire sont adoptées à la majorité simple des votants. Chaque membre dispose d'une voix.

L'Assemblée Générale Ordinaire élit les Administrateurs.

Elle approuve les comptes de l'Association pour l'exercice écoulé au plus tard dans les six mois de sa clôture, c'est-à-dire au plus tard le 30 juin. Elle approuve le montant qui a été fixé par le Conseil d'Administration pour les cotisations de chacune des catégories de membres.

L'Assemblée Générale a seule qualité pour autoriser la signature d'un ou de plusieurs avenants aux contrats d'assurance de groupe souscrits par l'Association. Elle peut toutefois déléguer au Conseil d'Administration, par une ou plusieurs résolutions et pour une durée qui ne peut excéder dix-huit mois, le pouvoir de signer un ou plusieurs avenants aux contrats d'assurance dans des matières que la résolution définit. Le Conseil d'Administration exerce ce pouvoir dans la limite de la délégation prévue à l'article 8.

Article 16. Règlement Intérieur

Un Règlement Intérieur peut être établi et modifié par le Conseil d'Administration sous réserve de la ratification de la plus prochaine Assemblée Générale.

Article 18. Dépenses

Les dépenses de l'Association sont constituées, en dehors des frais d'administration et de gestion, par :

- toutes les sommes destinées à faire face aux charges résultant de son fonctionnement ;
- toutes sommes engagées pour la réalisation de son objet social et notamment les cotisations et subventions aux organismes poursuivant des buts en rapport avec cet objet social.

Les dépenses sont engagées par le Président, par le Conseil d'Administration ou par toute personne mandatée à cet effet par le Conseil d'Administration.

Article 19. Comptes annuels

Il est tenu une comptabilité faisant apparaître annuellement un Compte d'Exploitation Générale et un Bilan.

Si les recettes annuelles excèdent les dépenses, l'affectation de l'excédent, exclusive de toute distribution, est décidée par l'Assemblée Générale sur proposition du Conseil.

Les comptes de l'Association peuvent être consultés à son Siège par tout groupe d'adhérents, représentant la moitié plus un des membres de l'Association, à jour de leur cotisation.

Article 20. Commissaires aux comptes

L'Assemblée Générale Ordinaire peut nommer, pour une durée de six exercices, un ou plusieurs commissaires aux comptes titulaires et un ou plusieurs commissaires aux comptes suppléants.

Le(s) commissaire(s) aux comptes exerce sa mission selon les normes et règles de la profession. Il établit et présente chaque année à l'Assemblée Générale appelée à statuer sur les comptes de l'exercice clos, un rapport rendant compte de sa mission et certifiant la régularité et la sincérité des comptes.

TITRE V

DISSOLUTION – DIVERS

Article 21. Dissolution de l'Association

En cas de dissolution volontaire ou forcée, l'Assemblée Générale, délibérant ainsi qu'il est dit ci-dessus, désigne un ou plusieurs Commissaires chargés de la liquidation des biens de l'Association.

Cette Assemblée détermine souverainement les conditions dans lesquelles les membres de l'Association seront admis, s'il y a lieu, à reprendre tout ou partie de leurs apports et l'emploi qui sera fait de l'actif net, après paiement des charges de l'Association et des frais de sa liquidation, conformément à la loi.

TITRE IV

RESSOURCES – DÉPENSES COMPTES

Article 17. Ressources

Les ressources de l'Association se composent

- des droits d'adhésion et cotisations annuelles versées par ses membres conformément aux décisions du Conseil d'Administration ;
- des subventions, ressources ou versements autorisés par les dispositions législatives ou réglementaires en vigueur ;
- des sommes reçues en contrepartie de prestations fournies par l'Association ; et
- des revenus ou bénéfices sur réalisation des valeurs provenant de l'emploi de ses fonds.

NEOLIANE SANTE & PREVOYANCE intermédiaire en assurances 510 204 274 RCS Nice, immatriculé à l'ORIAS numéro 09 050 488 (www.orias.fr). L'ÉQUITÉ, entreprise régie par le code des assurances – 572 084 697 RCS Paris, société appartenant au groupe GENERALI, immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026.

Produit : **GARANTIE DES ACCIDENTS DE LA VIE BY NÉOLIANE**

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du produit. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Toutes les informations contractuelles et précontractuelles sur le produit GARANTIE DES ACCIDENTS DE LA VIE BY NEOLIANE sont fournies au client dans d'autres documents.

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

Le produit « GAV » couvre les dommages corporels subis par le ou les assurés à la suite d'un accident de la vie privée. Il prévoit le versement d'une indemnité calculée selon les règles du droit commun, en cas de décès ou d'invalidité permanente de l'assuré



Qu'est ce qui est assuré ?

✓ DÉCÈS :

Versement d'une indemnité couvrant les préjudices économiques des proches de la victime ainsi que le préjudice d'affection et les frais d'obsèques.

✓ INVALIDITÉ PERMANENTE:

Versement d'une indemnité couvrant les préjudices liés à l'invalidité permanente. Les postes de préjudice indemnisés à ce titre sont le déficit fonctionnel permanent, le préjudice esthétique permanent, la perte de gains professionnels futurs de l'assuré, les frais éventuels d'assistance d'une tierce personne ou d'aménagement du domicile et du véhicule ainsi que le préjudice d'agrément et les souffrances endurées.

Pour un même évènement, l'indemnité d'assurance ne peut excéder 1 000 000 Euros par victime assurée.

✓ PROTECTION JURIDIQUE

✓ ASSISTANCE:

Des services d'assistance à la personne sont prévus en cas d'accident garanti telles que l'aide-ménagère à domicile ou la garde à domicile des enfants, la livraison de médicaments à Domicile, etc.

Ces garanties sont acquises dans les cas suivants :

- Accidents de la vie privée
- Accidents médicaux
- Attentats, actes de terrorisme, infractions ou agressions

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



Qu'est ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les dommages causés par des maladies ;
- ✗ Les dommages consécutifs à des accidents professionnels ;
- ✗ Les dommages matériels.

Cette liste n'est pas exhaustive.



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

PRINCIPALES EXCLUSIONS :

Sont exclues des garanties les dommages corporels :

- ! Consécutifs à un pari entraînant une prise de risque inconsidérée de la part de l'assuré ;
- ! Intentionnellement causés ou provoqués par l'assuré ou avec sa complicité ;
- ! Résultant de la pratique rémunérée de sports ou la pratique de sports à titre professionnel ;
- ! Occasionnés par une guerre civile ou étrangère ;
- ! Résultant de la conduite par l'assuré d'un véhicule terrestre à moteur autre qu'un fauteuil roulant électrique ou une tondeuse autoportée.

PRINCIPALES RESTRICTIONS :

- ! Toute incapacité permanente inférieure au taux de franchise mentionné au contrat ne donnera lieu au règlement d'aucune indemnité ;
- ! L'adhérent doit résider en France métropolitaine

Cette liste n'est pas exhaustive.



Où suis-je couvert ?

- ✓ En France, dans les principautés d'Andorre ou de Monaco
- ✓ Dans les territoires des Etats membres de l'Union Européenne
- ✓ En Suisse, en Islande, au Liechtenstein, à Saint Marin, au Vatican ou en Norvège
- ✓ Dans le reste du monde pour les voyages et les séjours n'excédant pas une durée continue de trois mois.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de suspension des garanties

À la souscription du contrat :

- Remplir avec exactitude et signer la demande d'adhésion ;
- Etre adhérent(e) à l'Association Groupement pour la Prévoyance et la Santé pour Tous (GPST) ;
- Fournir tout document justificatif demandé par l'assureur ;
- Régler la cotisation indiquée sur le certificat d'adhésion.

En cours de vie du contrat:

- Informer l'assureur de tout accident à partir du moment où vous en avez la connaissance
- Fournir à l'assureur tous les documents nécessaires à l'évaluation des dommages et au calcul des indemnités

En cas de sinistre :

- L'origine du litige doit être postérieure à la prise d'effet de l'adhésion ;
- La date du sinistre doit se situer entre la date de prise d'effet de l'adhésion et la date de son expiration.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables d'avance annuellement, à la date indiquée sur le certificat d'adhésion.

Un paiement fractionné peut toutefois être accordé au choix (Mensuel, Trimestriel ou Semestriel)

Les paiements peuvent être effectués par chèque (règlement annuel uniquement) ou prélèvement automatique.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La date d'effet du contrat est fixée d'un commun accord et est indiquée au Certificat d'adhésion. En cas de vente à distance ou de démarchage, l'assuré dispose d'un délai de rétraction de 14 jours, qui commence à courir soit à partir de la date de signature de votre contrat, soit à compter du jour où vous avez reçu les conditions contractuelles et les informations particulières si cette dernière date est postérieure.

Le contrat est conclu pour une durée initiale d'un an. Passé cette première année, il se renouvelle ensuite au 1er janvier de chaque année, par tacite reconduction. La couverture prend fin au jour de la résiliation du contrat quelle qu'en soit la cause et quelle que soit la partie qui en est à l'origine.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat :

- A la date d'échéance principale du contrat en nous adressant une lettre recommandée au moins deux mois avant cette date ;

- En cas de révision des cotisations ou des garanties, en nous adressant une lettre recommandée dans les 30 jours qui suivent la date de notification de la modification.

Par ailleurs, en cas de désaccord suite à une modification de vos droits et obligations ou l'augmentation du montant de la cotisation dans un délai d'un (1) mois suivant la date de réception de la lettre l'informant desdites modifications.

GARANTIE DES ACCIDENTS DE LA VIE

Votre protection contre les accidents du quotidien

by néoliane

Néoliane
SANTÉ & PRÉVOYANCE

Distribué par **Néoliane Santé & Prévoyance**
455 Promenade des Anglais – Imm. Nice Plaza 5* – 06200 Nice
SAS au capital de 2 000 000 € RCS Nice 510 204 274
Immatriculation ORIAS : 09 050 488 (www.orias.fr). Autorité de contrôle prudentiel et de résolution - 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.

Assuré par **L'ÉQUITÉ**, Société anonyme au capital de 22 469 320 euros, entreprise régie par le Code des assurances, B 522 084 697 RCS Paris – Siège social : 2, rue Pillet-Will 75009 Paris – Société appartenant au groupe Generali immatriculé au registre italien des sociétés d'assurance sous le numéro 026

Garanties d'assistance assurées par **EUROP ASSISTANCE**
FRANCE, Société Anonyme au capital de 35 402 785 euros, entreprise régie par le Code des assurances, immatriculé au registre du commerce et des sociétés de Nanterre sous le numéro 451 366 405, sis 1 promenade de la Bonnette, 92230 Gennevilliers.

Pour suivre tous vos remboursements, rendez-vous sur :

www.neoliane.fr/adherents