

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

VALANT NOTICE D'INFORMATION

CONTRAT PROTECTION ACCIDENT TÉGO



NOTICE D'INFORMATION VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES DU CONTRAT PROTECTION ACCIDENT TÉGO

Ce contrat permet de bénéficier d'une protection contre tous les risques de la vie courante : accidents domestiques, de sports ou de loisirs, de service ou de travail, agressions et attentats.

Sont accordés, pour ces risques, les garanties mentionnées aux Conditions particulières, et définies par la présente Notice d'information dans les limites qu'elle prévoit.

La présente Notice comprend :

- 1. Les dispositions générales** traitant des obligations réciproques et des garanties du contrat dénommé PROTECTION ACCIDENT TÉGO
- 2. Le guide des formalités** à accomplir dans les différentes situations
- 3. Le lexique**
- 4. Les annexes**

SOMMAIRE

DISPOSITIONS GÉNÉRALES	6
ARTICLE 1 • LE CONTRAT	6
1.1 Objet du contrat	6
1.2 Cible du contrat	6
1.3 Garanties principales du contrat	6
ARTICLE 2 • LES BÉNÉFICIAIRES	6
ARTICLE 3 • L'ÉTENDUE DES GARANTIES	6
ARTICLE 4 • LES EXCLUSIONS	6
ARTICLE 5 • LA VIE DU CONTRAT	7
5.1 Souscription et durée du contrat	7
5.2 Renonciation en cas de souscription à distance ou de démarchage	7
5.3 Modifications de formules et avenant au contrat	8
5.4 Cotisation	8
5.5 Revalorisation annuelle des capitaux et de la cotisation	8
5.6 Révision annuelle de la cotisation	8
5.7 Omissions et inexactitudes	8
ARTICLE 6 • LES DÉNONCIATIONS ET RÉSILIATIONS	8
6.1 Dénonciation	8
6.2 Résiliation	8
ARTICLE 7 • LA MISE EN JEU DES GARANTIES	8
ARTICLE 8 • BASE DES PRESTATIONS ET DES GARANTIES	8
8.1 Base des prestations	8
8.2 Description des garanties	9
8.2.1 Incapacité Temporaire Totale (ITT)	9
8.2.2 Incapacité Permanente Par Accident (IPPA)	9
8.2.3 Invalidité Absolue Définitive suite à accident (IAD)	9
8.2.4 Lien entre les garanties IPPA et IAD	9
8.2.5 Aide à l'aménagement d'un véhicule automobile et/ou d'un logement	9
8.2.6 Décès en cas d'accident	9
8.2.7 Option Garantie Hospitalisation pour Maladie (GHM)	9
ARTICLE 9 • L'ARBITRAGE MÉDICAL EN CAS DE DÉSACCORD	10
ARTICLE 10 • LES DÉLAIS DE PRESCRIPTION	10
ARTICLE 11 • LES RÉCLAMATIONS	10
11.1 Traitement des réclamations	10
11.2 Médiation	10
11.3 Autorité de contrôle	11
ARTICLE 12 • LA PROTECTION DE LA CLIENTÈLE	11
12.1 Traitement des données personnelles	11
12.2 Lutte contre la fraude	11
LEXIQUE	12
GUIDE DES FORMALITÉS	13
ANNEXE : FICHE PRODUIT	14

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

ARTICLE 1 • LE CONTRAT

1.1 Objet du contrat

Ce contrat a pour objet de garantir aux Bénéficiaires le paiement d'indemnités et de prestations d'assistance en cas de Dommages corporels consécutifs à un Accident dont l'Assuré, titulaire du contrat, serait la victime.

Il faut entendre par Accident toute action soudaine et violente, indépendante de la volonté de l'Assuré et atteignant celui-ci dans son intégrité corporelle par le fait d'un événement imprévisible qui lui est extérieur (cause extérieure).

Toute classification d'un autre organisme, public ou privé, et notamment de la sécurité sociale et des commissions de réforme civiles et militaires ne saurait être opposable à l'Assureur.

La Blessure psychique ou stress post-traumatique est un Accident lorsqu'il est subi par un personnel des forces armées ou un personnel de la Gendarmerie Nationale, sous réserve que le lien direct entre l'opération et la blessure précitée soit médicalement reconnue par un médecin militaire. La Blessure psychique doit avoir été constatée dans les vingt-quatre (24) mois de l'événement par le service de santé des armées, l'Assuré ayant jusqu'à douze (12) mois après ce constat pour déclarer son Sinistre. Les garanties sont alors mises en œuvre sous réserve que la personne blessée psychique soit assurée par le contrat sans discontinuité entre la date de l'événement à l'origine de la blessure et la date d'établissement du certificat de sa constatation.

La preuve de l'Accident incombe au Bénéficiaire des prestations.

1.2 Cible du contrat

Peuvent souscrire à ce contrat les personnes physiques qui souhaitent se couvrir contre les conséquences d'un Accident corporel.

Les mineurs non émancipés peuvent souscrire au contrat. À défaut de signature de la proposition d'assurance par les parents lors de la phase de Souscription, l'acceptation définitive est conditionnée à la réception d'une autorisation parentale expresse dans un délai de trente (30) jours suivant la date signature de la proposition d'assurance, à peine de Nullité du contrat souscrit.

1.3 Garanties principales du contrat

Suite à un Accident, l'Assuré bénéficie dans les limites et conditions prévues par la présente Notice :

- d'indemnités journalières en cas d'Incapacité Temporaire Totale (ITT) (art. 8.2.1),
- d'un capital en cas d'Incapacité Permanente Par Accident (IPPA) (art. 8.2.2),
- d'un capital en cas d'Invalidité Absolue Définitive suite à un Accident (IAD) (art. 8.2.3),
- d'une aide forfaitaire aux frais d'aménagement d'un logement et/ou d'un véhicule, rendus nécessaires par un état d'Incapacité Permanente Par Accident égale ou supérieure à 80%, ou d'une Invalidité Absolue Définitive (art.8.2.5),
- d'un capital en cas de décès accidentel (art. 8.2.6).

L'Assuré peut également opter pour la garantie Hospitalisation pour Maladie (GHM) (art. 8.2.7) lui permettant de bénéficier, dans les limites et conditions prévues par la présente Notice, d'indemnités journalières par jour **d'hospitalisation ayant pour cause une maladie**.

Les indemnités et capitaux versés sont déterminés en fonction de la formule choisie, avec quatre niveaux de formules proposés (détail en annexe).

ARTICLE 2 • LES BÉNÉFICIAIRES

L'Assuré victime de l'Accident a la qualité de Bénéficiaire dans la mise en œuvre des garanties suivantes :

- Incapacité Temporaire Totale (ITT),
- Incapacité Permanente Par Accident (IPPA),
- Invalidité Absolue Définitive suite à un Accident (IAD),
- Aide à l'aménagement d'un logement et/ou d'un véhicule,
- Option Garantie Hospitalisation pour Maladie (GHM) s'il a souscrit cette option.

En cas de décès par Accident de l'Assuré et dans les conditions définies ci-après (art. 8.2.6), ont la qualité de Bénéficiaires les personnes désignées par l'Assuré comme tels durant la vie du contrat. En l'absence de désignation particulière, ou lorsque la rédaction de la clause bénéficiaire ne permet pas de déterminer avec certitude les Bénéficiaires, il est fait application de la clause standard ainsi rédigé :

« Sont désignés comme Bénéficiaires du contrat, pour la garantie correspondant au versement d'un capital en cas de décès par Accident, et à condition qu'il survive à l'Assuré :

- le dernier Conjoint, partenaire pacsé ou concubin de l'Assuré décédé,
- à défaut les enfants mineurs légitimes, naturels ou adoptifs de l'Assuré décédé, les enfants mineurs légitimes, naturels ou adoptifs du Conjoint de l'Assuré décédé et Économiquement à la charge de l'Assuré décédé au jour de l'Accident, les enfants majeurs légitimes, naturels ou adoptifs, âgés de moins de 25 ans, de l'Assuré décédé ou de son Conjoint et Économiquement à la charge de l'Assuré décédé au jour de l'Accident, les enfants majeurs légitimes, naturels ou adoptifs, de l'Assuré décédé ou de son Conjoint, dont l'un ou l'autre a la tutelle ou la curatelle et qui sont Économiquement à la charge de l'Assuré décédé au jour de l'Accident, les descendants de l'Assuré décédé ou de son Conjoint, dont l'un ou l'autre a la tutelle ou la curatelle et qui sont Économiquement à la charge de l'Assuré décédé au jour de l'Accident, en parts égales entre eux,
- à défaut les autres enfants majeurs, vivants ou représentés, de l'Assuré décédé, en parts égales entre eux,
- à défaut le père et à la mère de l'Assuré décédé ou à l'un des deux si l'autre est décédé, en parts égales entre eux,
- à défaut les autres ascendants de l'Assuré décédé, en parts égales entre eux,
- à défaut les frères et sœurs de l'Assuré décédé, en parts égales entre eux,
- à défaut les neveux et nièces de l'Assuré décédé, en parts égales entre eux. ».

Dans tous les cas, est exclue du bénéfice de l'assurance toute personne ayant provoqué intentionnellement le décès.

ARTICLE 3 • L'ÉTENDUE DES GARANTIES

Sous réserve des exclusions prévues à l'article 4 du présent contrat, l'Assuré est garanti durant toute la vie du contrat :

- quel que soit son âge et dans le monde entier,
- à tout moment de son existence, durant ses occupations professionnelles ou privées,
- lors de tout déplacement terrestre, maritime ou aérien, quel que soit le moyen de transport,
- en cas d'Accident de la circulation, que l'Assuré soit conducteur, passager ou piéton,
- pour tous les Accidents de la vie privée (domestiques ou de loisirs),
- lors de la pratique d'un sport quel qu'il soit,
- à l'occasion d'une agression ou d'un attentat.

ARTICLE 4 • LES EXCLUSIONS

Sont exclues des garanties les atteintes corporelles résultant :

- **d'Accidents et ou d'infirmités existants à la date de prise d'effet du contrat, ou d'un fait d'un fait générateur antérieur à l'adhésion,**
- **des affections ou lésions de toute nature :**
 - **qui ne sont pas la conséquence certaine, directe et exclusive de l'événement accidentel déclaré**
 - **ou qui sont imputables à une maladie connue ou inconnue de l'Assuré ainsi qu'aux pertes de conscience subites que cette maladie peut engendrer,**
- **des lésions internes suivantes :**
 - **les affections musculaires, articulaires, tendineuses, telles que ruptures musculaires ou tendineuses,**
 - **les pathologies vertébrales, telles que lombalgies, sciatiques et hernies discales, sauf si elles résultent d'un accident garanti ayant**

entraîné la fracture d'un corps vertébral,

- les affections cardio-vasculaires et vasculaires cérébrales,
- les affections virales, microbiennes, parasitaires et infectieuses y compris suite à une piqûre d'insecte ou consécutives à une contamination par prions,
- de l'existence de hernies inguinales, crurales ou ombilicales,
- d'une expérience biomédicale,
- d'un acte médical ou chirurgical faisant suite à une maladie ou à toute défaillance pathologique,
- d'aggravations de blessures, de rechutes, et de façon générale, de tout dommage en relation avec un accident survenu avant la date de prise d'effet du contrat,
- des accidents corporels survenus du fait d'une guerre déclarée par le Parlement français dans les formes de l'article 35 de la Constitution,
- des accidents qui résulteraient directement ou indirectement de la désintégration du noyau de l'atome,
- de tout suicide ou de toute tentative de suicide,
- d'une mutilation volontaire,
- de la participation volontaire de l'Assuré à un défi, un pari, une lutte ou une rixe,
- de la participation active de l'Assuré ou d'un bénéficiaire à un acte illicite constituant un crime ou un délit intentionnel au sens des dispositions du code pénal,
- de toute activité sportive pratiquée à titre professionnel en dehors de l'armée.

Sont également exclues des garanties les atteintes corporelles survenues alors que l'Assuré est :

- en état d'ivresse manifeste ou sous l'emprise d'un état alcoolique ou sous l'influence de stupéfiants ; l'état alcoolique est caractérisé par la présence dans le sang d'une concentration d'alcool pur égale ou supérieure à 0,50 gramme pour mille ou la présence dans l'air expiré d'une concentration d'alcool pur égale ou supérieure à 0,25 milligramme par litre, ce taux étant abaissé à 0,20 gramme pour mille ou à 0,10 milligramme par litre d'air expiré lorsque l'Assuré est titulaire d'un permis probatoire ou en apprentissage anticipé, encadré ou supervisé de la conduite,
- conducteur ou occupant d'un véhicule volé,
- conducteur d'un véhicule pour lequel il n'a pas l'âge requis ou n'est pas titulaire des certificats (permis de conduire, licence de circulation), en état de validité, exigés par la réglementation pour la conduite de ce véhicule même s'il prend une leçon de conduite ou est assisté d'une personne titulaire du permis de conduire,
- occupant d'un véhicule dont le conducteur n'a pas l'âge requis ou n'est pas titulaire des certificats (permis de conduire, licence de circulation) en état de validité exigés par la réglementation pour la conduite de ce véhicule même si ce conducteur prend une leçon de conduite ou est assisté d'une personne titulaire du permis de conduire.

ARTICLE 5 • LA VIE DU CONTRAT

5.1 Souscription et durée du contrat

L'Assuré doit compléter et signer une proposition d'assurance, à laquelle il doit joindre une copie d'un document d'identité, ainsi qu'un questionnaire d'état de santé simplifié, ou s'il ne peut la signer un questionnaire d'état de santé complet à transmettre au médecin conseil de l'Assureur par courrier sous pli « SECRET MÉDICAL ». Les questionnaires d'état de santé ne sont pas obligatoires pour les militaires en activité souscrivant jusqu'au 31 décembre de leur 27^{ème} anniversaire.

L'Assuré peut choisir la Date de prise d'effet des garanties du contrat.

S'il formule une demande d'adhésion à effet immédiat, les garanties prennent effet provisoirement le lendemain à 0 heure de la signature de la proposition et ce jusqu'à l'acceptation ou le refus d'adhésion formulé par l'Assureur. La durée d'octroi provisoire des garanties ne peut excéder trente (30) jours suivant la réception de la proposition par l'Assureur. A défaut de réponse de l'Assureur au terme de la durée d'octroi provisoire des garanties, la proposition d'assurance est réputée acceptée par ce dernier. En cas de refus par l'Assureur, les garanties provisoires cessent le jour de l'envoi par l'Assureur à l'Assuré du courrier ou du

courriel lui notifiant ce refus. Dans le cas d'une adhésion à effet immédiat, la date d'échéance de la cotisation est le premier jour du mois suivant la date de signature, définie comme étant la Date anniversaire du contrat.

S'il formule une demande d'adhésion à une date ultérieure à la date de signature de la proposition d'assurance (prise d'effet différée), la garantie prend effet, sous réserve de l'acceptation de l'Assureur, le premier jour du mois choisi à 0h, constituant la Date anniversaire du contrat. La Date de prise d'effet peut être reportée de douze (12) mois maximum après la date de signature de la proposition d'assurance. Si la Date de prise d'effet choisie est ultérieure de soixante (60) jours par rapport à la date de signature de la proposition d'assurance, l'acceptation définitive est conditionnée à la réception d'un nouveau questionnaire d'état de santé dans un délai de trente (30) jours suivant la Date de prise d'effet des garanties, à peine de Nullité du contrat souscrit.

Quelle que soit la date d'adhésion, les garanties du contrat prennent effet à la date et à l'heure, telles qu'indiquées dans la lettre d'acceptation définitive, sous réserve que le paiement de la première cotisation ou fraction de cotisation soit honoré.

L'acceptation est confirmée par écrit à l'Assuré par l'envoi par courrier ou courriel d'une lettre d'acceptation définitive ainsi que de ses **Conditions particulières**.

L'Assureur peut accepter l'adhésion d'une personne qu'à des conditions spéciales de cotisations et/ou de garanties. Dans ce cas, l'Assuré doit donner son accord sur lesdites conditions dans un délai maximum de trente (30) jours suivant la notification par courrier ou par courriel des réserves formulées. À défaut, les garanties provisoires qui peuvent être données sont suspendues et l'Assureur notifie à l'Assuré par courrier ou par courriel que sa déclaration d'adhésion est caduc et sans effet.

Le contrat est souscrit pour une période d'un an à compter de sa Date anniversaire. Il se renouvelle de plein droit par Tacite reconduction à sa Date anniversaire, sauf résiliation ou dénonciation par l'une des parties dans les conditions prévues à l'article 6.

5.2 Renonciation en cas de souscription à distance ou de démarchage

L'Assuré dispose d'un droit de renonciation (articles L. 112-2-1 et L. 112-9 du Code des assurances) :

- lorsque la Souscription du contrat a été réalisée à distance,
- lorsque la Souscription du contrat a été réalisée dans le cadre d'un démarchage à son domicile ou sur son lieu de travail.

La demande doit être notifiée à l'Assureur :

- soit par lettre recommandée adressée au siège social de l'Assureur,
- soit par déclaration faite au siège social de l'Assureur.

Elle doit être effectuée dans un délai de quatorze (14) jours calendaires révolus à compter de la réception des documents contractuels (un modèle type est proposé dans le guide des formalités).

Les effets de la renonciation varient en fonction de la date à laquelle l'Assuré exprime sa demande :

- lorsqu'elle est formulée avant la Date de prise d'effet des garanties, le contrat est annulé, dans ce cas, l'Assureur rembourse à l'Assuré l'intégralité de la cotisation perçue au titre de ce contrat dans un délai maximum de trente (30) jours à compter de la réception de la demande,
- lorsqu'elle est formulée postérieurement à la Date d'effet des garanties, la renonciation entraîne la résiliation du contrat au lendemain à 0 heure de la date d'envoi de la lettre ou du dépôt de la déclaration au siège social de l'Assureur, et dans ce cas, l'Assureur rembourse la fraction de cotisation postérieure à la résiliation dans un délai maximum de trente (30) jours.

5.3 Modifications de formules et avenant au contrat

L'Assuré peut, à tout moment et par écrit, demander la modification des garanties de son contrat et opter pour une autre formule.

La modification à la hausse des garanties peut intervenir à tout moment.

La modification à la baisse des garanties est possible :

- à l'échéance principale du contrat,
- hors de l'échéance principale, dans les cas suivants,
 - changement de situation familiale, en cas de mariage, pacs, divorce, naissance d'un enfant, ou décès d'un ascendant ou descendant direct,
 - changement de situation professionnelle, en cas de mutation, de reconversion,

de fin de contrat, ou de retraite.

En cas de modification à la hausse des garanties, l'acceptation est conditionnée à la réception d'un questionnaire d'état de santé dans les mêmes conditions applicables à une demande d'adhésion.

Les règles relatives à l'adhésion en ce qui concerne le choix de la Date de prise d'effet des garanties et l'acceptation de l'Assureur sont applicables à la demande de modification des garanties (art. 5.1).

5.4 Cotisation

La cotisation d'ue est celle indiquée sur le dernier échéancier envoyé à l'Assuré, qui prend en compte les revalorisations annuelles, ainsi que les éventuelles réductions ou majorations en fonction de l'âge à la Souscription.

La cotisation annuelle est payable d'avance au siège social de l'Assureur. Elle peut cependant être réglée en plusieurs fractions. Ce fractionnement ne concerne que le paiement et ne remet pas en cause le caractère annuel de la cotisation.

En cas de non-paiement de la cotisation ou d'une fraction de la cotisation dans les dix (10) jours suivant la date d'échéance, les garanties sont suspendues automatiquement trente (30) jours après l'envoi d'une lettre recommandée notifiant la mise en demeure prévue à l'article L.113-3 du Code des assurances. Si la cotisation reste impayée, l'Assureur peut résilier de plein droit le contrat dix (10) jours après l'expiration de ce délai.

La résiliation pour non-paiement de la cotisation ne dispense pas l'Assuré de l'obligation de payer les cotisations émises.

Les frais engendrés par l'envoi de la lettre recommandée et/ou, le cas échéant, de prélèvement ou de tout autre moyen de paiement non honoré sont à la charge de l'Assuré.

En cas de résiliation en cours d'année, l'Assuré cesse de bénéficier des garanties au terme de la période pour laquelle la dernière cotisation due a été payée.

5.5 Revalorisation annuelle des capitaux et de la cotisation

Sauf stipulation contraire aux Conditions particulières, les capitaux souscrits et les cotisations hors taxes du contrat sont revalorisés annuellement en fonction de l'indice pondéré de la rémunération des fonctionnaires et agents de l'état publié trimestriellement.

Cette indexation prend effet à la Date d'anniversaire suivant la date à laquelle elle a été décidée.

Chaque année, de nouvelles Conditions particulières sont adressées à l'Assuré par l'Assureur pour l'informer de la revalorisation des capitaux et cotisations.

L'Assuré ne peut pas résilier le contrat en cas de simple revalorisation des capitaux et des cotisations.

5.6 Révision annuelle de la cotisation

La cotisation peut être révisée le premier jour de chaque année.

La révision de la cotisation est annuelle et s'applique de façon uniforme à toute une population d'adhérents.

Le nouveau tarif s'applique à la Date anniversaire du contrat indiquée dans les Conditions particulières ou lors d'un Avenant au contrat si celui-ci est antérieur à la Date d'anniversaire.

En cas de majoration consécutive à la cotisation annuelle, l'adhérent a la possibilité de résilier le contrat dans les conditions de l'article 6.2.

5.7 Omissions et inexactitudes

En cas d'omissions ou d'inexactitudes dans les déclarations à la Souscription ou en cours de contrat :

- si l'Assuré est de mauvaise foi, le contrat est nul conformément à l'article L.113-8 du Code des assurances, les primes perçues et échues étant acquises par l'Assureur,
- si la mauvaise foi de l'Assuré ne peut être établie, l'Assureur dispose du droit de résilier le contrat dix (10) jours après notification adressée à l'Assuré par lettre recommandée.

ARTICLE 6 • LES DÉNONCIATIONS ET RÉSILIATIONS

6.1 Dénonciation

Le contrat peut être dénoncé par l'Assuré ou l'Assureur à la Date

anniversaire du contrat.

La dénonciation doit être notifiée deux mois avant cette date, le cachet de la poste faisant foi, par lettre recommandée envoyée par l'Assuré au siège social de l'Assureur ou par l'Assureur au dernier domicile connu de l'Assuré.

En application des dispositions de l'article L.113-15-1 du Code des assurances, le contrat peut être dénoncé à la Date anniversaire du contrat par l'Assuré dans un délai de vingt (20) jours à compter de la date d'envoi de l'avis d'échéance annuel mentionnant le droit à dénonciation.

La date de dénonciation correspond au premier jour du mois anniversaire.

6.2 Résiliation

Le contrat est résilié de **plein droit** :

- en cas de décès de l'Assuré,
- en cas de mise en jeu de la garantie Invalidité Absolue Définitive,
- en cas de mise en jeu de la garantie Incapacité Permanente Par Accident lorsque le taux est au moins égal à 80%,
- en cas de retrait total de l'agrément de l'Assureur (article L. 326-2 du Code des assurances).

Le contrat peut être résilié par l'Assureur :

- en cas de non-paiement de la cotisation conformément à l'article L.113-3 du Code des assurances,
- à la suite d'un Sinistre, l'Assuré ayant alors le droit de résilier les autres contrats souscrits par lui auprès de l'Assureur conformément à l'article R. 113-10 du Code des assurances.

Le contrat peut être résilié par l'Assuré en cas de majoration de la cotisation à l'échéance, sauf s'il s'agit d'une revalorisation annuelle prévue au contrat à l'article 5.5.

La résiliation doit être notifiée par lettre recommandée envoyée :

- par l'Assureur au dernier domicile connu de l'Assuré,
- par l'Assuré au siège social de l'Assureur.

ARTICLE 7 • LA MISE EN JEU DES GARANTIES

Tout événement susceptible d'ouvrir droit aux prestations doit être déclaré dans les meilleurs délais et au plus tard dans les six (6) mois de la survenance de l'événement, sauf cas fortuit ou de force majeure, à peine de déchéance des droits de l'Assuré.

L'Assuré doit faire parvenir à l'Assureur, via son espace-adhérent ou par lettre sous pli « SECRET MÉDICAL » adressée au siège social de l'Assureur, une déclaration détaillée sur les circonstances et les conséquences de l'Accident, ainsi que tous les documents et renseignements nécessaires pour fixer le montant des indemnités.

Il lui appartient de fournir la preuve de la réalité des Dommages subis.

Le Bénéficiaire doit laisser libre accès aux médecins mandatés par l'Assureur afin qu'ils puissent constater l'état de santé de l'Assuré. Le Bénéficiaire doit, à l'initiative de l'Assureur, fournir toute pièce justificative complémentaire et se prêter à toute expertise médicale qui lui est demandée. A défaut, l'Assureur ne peut entamer ou poursuivre le règlement des prestations.

Les décisions ou conclusions des structures et organismes médico-sociaux, de protection ou indemnisation ne sont pas opposables à l'Assureur. Elles viennent compléter le dossier, en fonction duquel le médecin-conseil de l'Assureur donne son avis, notifié au Bénéficiaire.

Le calcul de l'indemnité est établi en fonction du montant du Capital garanti, porté sur les dernières Conditions particulières adressées à l'Assuré, au jour du Sinistre, et pour la blessure psychique au jour de l'événement à l'origine de cette blessure.

ARTICLE 8 • LES BASES DES PRESTATIONS ET DES GARANTIES

8.1 Bases des prestations

Les garanties du contrat PROTECTION ACCIDENT TÉGO sont basées sur une somme forfaitaire appelée « capital de base ».

Quatre formules sont proposées (formules PRÉCAUTION, PRUDENCE, SÉRÉNITÉ, SAGESSE) dont les capitaux garantis figurent en annexe. L'offre est limitée aux formules PRÉCAUTION et PRUDENCE pour toute personne souscrivant après le 31 décembre de son 65ème anniversaire. La formule est choisie par l'Assuré lors

de l'adhésion. Elle peut être modifiée durant le contrat dans les conditions de l'article 5.3 ci-dessus.

Quelle que soit la date de règlement des prestations, celles-ci sont déterminées en fonction du capital de base en vigueur à la date de l'événement garanti.

8.2 Description des garanties

8.2.1 Incapacité Temporaire Totale (ITT)

L'Incapacité Temporaire Totale (ITT) est la période d'incapacité physiologique médicalement retenue, indépendamment de l'arrêt de travail, faisant suite à un Accident.

Il peut s'agir :

- d'une période d'hospitalisation
- et/ou d'une période de repos complet à domicile accompagnée du traitement médical approprié.

Sont exclus les séjours en maisons de repos ou de rééducation fonctionnelle, ainsi que les cures thermales.

Les indemnités journalières sont versées dès le premier jour en fonction de la durée de l'Incapacité Temporaire Totale déterminée médicalement, sans pouvoir excéder 365 jours pour un même Accident.

Il n'est versé qu'une indemnité par journée d'incapacité même en cas d'incapacités se superposant et résultant de plusieurs Accidents.

La formule SAGESSE propose quatre options de montant d'indemnités journalières en cas d'Incapacité Temporaire Totale (ITT), au choix de l'Assuré au moment de l'adhésion s'il choisit cette formule.

8.2.2 Incapacité Permanente Par Accident (IPPA)

L'Incapacité Permanente Par Accident est la constatation d'une diminution définitive partielle ou totale de l'intégrité corporelle de l'Assuré entraînée par un Accident garanti.

Seule l'incapacité fonctionnelle est prise en compte, à l'exclusion du pretium doloris, du préjudice esthétique ou d'agrément et de l'incapacité professionnelle présente ou future.

Si l'Assuré conserve une incapacité permanente suite à l'Accident, l'indemnisation est calculée **en multipliant le taux reconnu d'incapacité permanente par le capital de la tranche dans laquelle le taux figure.**

Si le taux reconnu est égal ou supérieur à 80%, le capital correspondant à cette tranche est acquis en totalité.

Ce taux est apprécié médicalement après Consolidation, conformément au « **barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun** » publié dans la revue « le Concours Médical » dans sa dernière édition. Si l'Accident a eu pour conséquence la lésion de plusieurs membres ou organes, le taux d'incapacité médicalement retenu sera global, sans pouvoir dépasser 100%.

Le taux d'invalidité reconnu par l'État ou tout autre organisme ne constitue pas une référence.

Si les lésions n'intéressent qu'un seul membre ou organe, le cumul ne peut en aucun cas dépasser le pourcentage d'incapacité prévu au barème pour la perte totale dudit membre ou organe ou de son usage.

La perte ou la lésion de membres ou d'organes déjà infirmes est indemnisée par la différence des capitaux calculés d'après l'état avant et après l'Accident.

Une invalidité ne peut faire l'objet que d'une seule consolidation indemnisable, la consolidation initiale fixant définitivement l'indemnisation. Si l'invalidité indemnisée est réputée consolidée et qu'elle s'aggrave ultérieurement, l'Assuré ne reçoit aucune indemnité supplémentaire de ce fait. A l'inverse, si l'invalidité indemnisée est réputée consolidée et que l'état de santé de l'assuré s'améliore, l'indemnité versée reste celle décidée en conséquence de la consolidation.

8.2.3 Invalidité Absolue Définitive suite à un accident (IAD)

L'Invalidité Absolue Définitive (IAD) suite à un Accident désigne l'impossibilité définitive d'exercer une quelconque activité professionnelle procurant un revenu.

La déclaration de l'état d'Invalidité Absolue Définitive suite à un Accident incombe personnellement à l'Assuré.

En cas d'incapacité juridique, il appartient au tuteur ou curateur ou à toute autre personne habilitée d'en informer l'Assureur.

La déclaration doit être accompagnée d'une attestation médicale d'impossibilité de travail à transmettre sous pli confidentiel au Médecin conseil de l'Assureur. La reconnaissance de l'état d'Invalidité Absolue Définitive suite à un Accident appartient au médecin désigné par l'Assureur, en se fondant sur le « **barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun** » publié dans la revue « le Concours Médical » dans sa dernière édition.

La reconnaissance d'une Incapacité Permanente Par Accident, même au taux de 100%, ne préjuge en rien de la reconnaissance d'une Invalidité Absolue et Définitive.

8.2.4 Lien entre l'Invalidité Absolue Définitive et les autres garanties

Les garanties Invalidité Absolue Définitive et Décès suite à Accident sont exclusives les unes des autres. Le versement du capital Invalidité Absolue Définitive suite à Accident correspond au versement par anticipation du capital décès et met fin à l'ensemble des garanties du contrat.

En cas de reconnaissance d'une Invalidité Absolue et Définitive, le capital afférent figurant aux Conditions particulières sera entièrement réglé, quel que soit le taux d'Incapacité Permanente Par Accident reconnu.

Si la garantie Incapacité Permanente Par Accident a été mise en jeu préalablement, le capital correspondant à l'Invalidité Absolue Définitive est réglé en déduction des sommes déjà versées à ce titre.

8.2.5 Aide à l'aménagement d'un véhicule et/ou d'un logement

Dans le cas où l'Assuré conserve après Consolidation un taux d'incapacité permanente médicalement reconnu égal ou supérieur à 80%, ou est reconnu en Invalidité Absolue Définitive par le médecin mandaté par l'Assureur, il lui est versé une aide forfaitaire aux frais d'aménagement du véhicule automobile et/ou du logement, dont l'Assuré ou son Conjoint est propriétaire.

Le versement de l'aide est conditionnée à la présentation de factures justifiant des travaux d'aménagement du véhicule automobile et/ou du logement, réalisés dans le but de pallier les gênes médicalement constatées et engendrées par l'inadaptation desdits véhicule et/ou logement, du fait des séquelles imputables à l'Accident.

Il ne peut être versé qu'une seule participation pour frais d'aménagement pour un véhicule automobile et qu'une seule participation pour frais d'aménagement d'un logement.

8.2.6 Décès en cas d'accident

En cas de décès par Accident de l'Assuré, consécutif à un événement couvert, l'Assureur verse au(x) Bénéficiaire(s) désigné(s) à l'article 2 ci-dessus un capital dont le montant est indiqué aux Conditions particulières du contrat.

Si le décès survient dans l'année suivant la date de l'Accident et qu'il en est la conséquence, les sommes déjà versées éventuellement au titre d'une garantie "incapacité permanente" seront déduites du capital décès.

8.2.7 Option Garantie Hospitalisation pour Maladie (GHM)

Il est proposé une garantie Hospitalisation pour Maladie (GHM) à laquelle l'Assuré peut opter à l'adhésion, ou au cours du contrat, jusqu'au 31 décembre de son 66^{ème} anniversaire, la garantie pouvant alors être acquise jusqu'au 31 décembre de son 75^{ème} anniversaire.

La garantie Hospitalisation pour Maladie (GHM) prend effet six (6) mois après la Souscription à l'option. Elle prend fin soit à la demande de l'Assuré, soit automatiquement à compter du 31 décembre de son 75^{ème} anniversaire ou lorsque le contrat principal est résilié ou dénoncé dans les conditions de l'article 6. Une hospitalisation en cours et antérieure à la date de cessation de la garantie sera indemnisée dans les conditions normales.

Les indemnités journalières forfaitaires sont versées à tout Assuré hospitalisé pour maladie à compter du premier jour, si la durée de l'hospitalisation est d'au moins trois (3) jours (franchise relative), sans pouvoir excéder 365 jours pour une même affection. Sont considérées comme hospitalisations tout séjour dans des établissements de santé répertoriés comme tels par les agences régionales de santé dans leurs schémas régionaux de santé.

Sont exclues de la présente garantie les maladies ou leurs suites :

- connues de l'Assuré ou médicalement constatées avant la Date de prise d'effet de la garantie,
- dûes à l'usage non médicalement prescrit de stupéfiants, l'usage de drogue, l'alcoolisme et l'état d'ivresse manifeste, lorsque ces usages sont constatés ou constatables,
- conséquences des effets directs ou indirects de la désintégration du noyau de l'atome.

Sont également exclues les hospitalisations liées à :

- des accidents (ils sont indemnisables dans le cadre des autres garanties du contrat accident),
- des mesures de désintoxication pour tabagisme, alcoolisme ou toxicomanie,
- des maladies psychiatriques ou neuro-dépressives, les troubles anxieux, la dépression, le stress, la fatigue, leurs traitements et leurs complications éventuelles,
- des interventions de chirurgie esthétique,
- des conséquences des affections congénitales,
- des grossesses, accouchements, fausses couches,
- des maladies sexuellement transmissibles (le VIH, l'hépatite B, l'herpès génital, le papillomavirus humain, la syphilis, la gonorrhée, la chlamydia, la trichomonase, etc.), survenues dans les deux (2) ans suivant la Date de prise d'effet de la garantie.

Sont aussi exclus les séjours :

- en cures de toute nature, leurs suites et conséquences,
- en établissements thermaux, d'hydrothérapie ou de thalassothérapie,
- en établissements de repos, de convalescence, en maison de santé ou de rééducation,
- en centre psychothérapie, en maison de retraite ou hospices,
- les séjours nécessaires à l'établissement de certificats ou bilans médicaux, sauf s'ils sont prescrits dans le cadre d'une affection déterminée.

Sauf cas fortuit ou de force majeure, l'hospitalisation pour maladie doit être déclarée à l'Assureur dans les quinze (15) jours suivant la date d'entrée dans l'établissement de santé, à peine de déchéance des droits de l'Assuré. Pour déclencher la mise en œuvre de la garantie, l'Assuré devra fournir à l'Assureur un bulletin d'hospitalisation faisant apparaître les dates d'entrée et de sortie, ainsi qu'un certificat médical indiquant les causes de l'hospitalisation. En cas d'hospitalisation de longue durée, l'indemnisation se fera par tranche minimum de quinze (15) jours sur production de bulletins de situation.

En tout état de cause, l'Assureur se réserve le droit de demander toutes pièces médicales et renseignements permettant d'apprécier les droits à indemnisation.

A l'exception des articles 1, 3, 4, 7, et 8 en ce qui concerne les autres garanties, l'ensemble des dispositions relatives au contrat accident sont applicables à la garantie Hospitalisation pour Maladie (GHM) duquel elle ne peut être dissociée.

ARTICLE 9 • L'ARBITRAGE MÉDICAL EN CAS DE DÉSACCORD

Dans le cas où le(s) Bénéficiaire(s) et l'Assureur, ne peuvent pas se mettre d'accord sur les causes du décès, sur la qualification ou la quantification des préjudices garantis, ou sur les conséquences d'un Sinistre, leur différend est soumis à un nouvel expert choisi par le(s) Bénéficiaire(s) parmi une liste de deux médecins proposé par l'Assureur. Les frais de cette nouvelle expertise sont partagés entre l'Assuré et l'Assureur.

Si les conclusions du nouveau médecin expert diffèrent par rapport à celles du premier médecin, et que les parties n'acceptent pas ces nouvelles conclusions, elles peuvent en choisir un troisième pour les départager. Faute d'entente sur le choix de ce dernier ou en faute par l'une des parties de désigner son expert, la partie la plus diligente saisit la juridiction compétente du lieu de l'Accident, éventuellement par voie de référé. Les parties supportent par moitié les honoraires et frais du troisième médecin.

L'arbitrage médical n'interdit pas aux parties de porter le désaccord devant les juridictions compétentes.

ARTICLE 10 • LES DÉLAIS DE PRESCRIPTION

La Prescription est le délai à l'issue duquel le titulaire d'un contrat ne dispose plus

d'action pour la faire valoir.

Conformément à l'article L.114-1 du Code des assurances, **toutes actions dérivant du présent contrat d'assurance sont prescrites par deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance** dans les conditions déterminées par les articles L.114-1, L.114-2 et L. 114-3 dudit Code.

Toutefois, ce délai ne court :

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

Quand l'action de l'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 (10) ans dans les contrats d'assurance contre les Accidents atteignant les personnes, lorsque les Bénéficiaires sont les ayants droit de l'Assuré décédé.

La Prescription est interrompue dans les deux cas suivants :

- la désignation d'un expert à la suite d'un Sinistre,
- l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception par l'Assureur à l'Assuré en ce qui concerne le paiement des cotisations ou, par l'Assuré à l'Assureur en ce qui concerne le règlement des indemnités.

La Prescription peut aussi être interrompue par l'une des causes ordinaires, notamment lors de la reconnaissance par le débiteur du droit du créancier (article 2240 du Code civil), ou lors d'une demande en justice, même en référé, même portée devant une juridiction incompétente ou annulée par l'effet d'un vice de procédure (article 2241 du Code civil), ou en cas d'acte d'exécution forcée (article 2244 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 11 • LES RÉCLAMATIONS

11.1 Traitement des réclamations

L'Assureur veille à offrir un service professionnel de qualité.

Néanmoins, en cas de difficultés pouvant apparaître, il est possible d'adresser une réclamation écrite à la Mutuelle d'Assurance des Armées, par courrier (27, rue de Madrid – 75008 PARIS) ou par courriel (contact@maa-assurance.fr). Constitue une réclamation l'expression du mécontentement d'un Bénéficiaire ou de son insatisfaction à l'égard de l'Assureur. Une demande de service ou de prestation, une demande d'information ou de clarification ou une demande d'avis n'est pas considérée comme une réclamation.

Un courrier réponse est adressé à chaque réclamation, soit pour faire part de la solution retenue, soit si la demande nécessite une instruction complémentaire pour préciser le délai dans lequel la décision sera communiquée. L'Assureur s'engage à répondre à la réclamation dans le délai de deux (2) mois à compter de sa réception.

11.2 Médiation

Si le désaccord persiste, le Bénéficiaire peut saisir le Médiateur de l'assurance, par courrier (Médiation de l'assurance – TSA 50110 – 75441 PARIS CEDEX 09), ou via le formulaire en ligne (mediation-assurance.org).

Le Médiateur de l'Assurance ne peut être saisi que pour les litiges portant sur l'application ou l'interprétation du contrat souscrit. Sont notamment exclus les litiges relatifs à la politique commerciale, aux refus d'assurance ou à l'opportunité d'une résiliation.

La demande doit obligatoirement intervenir dans le délai d'un an à compter de la réception de la réponse de l'Assureur et ne faire l'objet de aucune action contentieuse. Elle doit également comporter toutes les informations nécessaires à son traitement, notamment les copies des courriers échangés dans le cadre du traitement de la réclamation.

La solution proposée par le Médiateur intervient dans un délai de quatre-vingt-dix (90) jours à compter de l'avis attestant de la date de réception du dossier complet du litige, à moins que le Médiateur ne prolonge ce délai s'il estime que le litige est complexe.

L'avis du Médiateur de l'Assurance ne lie ni le Bénéficiaire ni l'Assureur, chacun conservant le droit de faire valoir leurs droits devant les juridictions compétentes.

11.3 Autorité de contrôle

L'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) est l'autorité en charge du contrôle des assureurs. L'Assuré peut prendre contact avec l'autorité de contrôle par courrier (ACPR – 75436 PARIS CEDEX 09), ou via les formulaires en ligne disponibles sur leur site internet (acpr.banque-france.fr).

ARTICLE 12 • LA PROTECTION DE LA CLIENTÈLE

12.1 Traitement des données personnelles

Les Données personnelles de l'Assuré ou du Bénéficiaire sont nécessaires à l'Assureur pour respecter ses obligations légales, pour conclure et gérer le contrat de l'Assuré, et pour mieux le connaître.

Ils servent à identifier l'adhérent, l'Assuré ou le Bénéficiaire, à évaluer un risque, à déterminer le préjudice, et à lutter contre le blanchiment d'argent et la fraude. Les Données de santé du participant font l'objet d'un traitement spécifique lié au respect du secret médical.

Les Données personnelles servent également à des fins commerciales, et sont utilisés pour la prospection, la fidélité, la promotion ou la collecte de la satisfaction.

L'adhésion au contrat emporte l'accord exprès de l'Assuré pour le traitement de ses Données personnelles, dans le cadre de la relation client et à des fins commerciales, par l'Assureur et ses partenaires.

L'Assureur s'engage à mettre en place des dispositifs internes efficaces de contrôle et de sécurisation des Données personnelles de l'Assuré, ainsi que de veiller au respect de cette protection des Données personnelles par ses partenaires.

L'Assureur conserve les Données personnelles de l'Assuré tout le long de la vie du contrat, et à son terme durant le délai de Prescription. Dans le cas où le contrat n'est pas conclu, les Données du prospect sont conservées pendant trois (3) ans par le réseau de commercialisation, et les Données médicales pendant cinq (5) ans par l'Assureur, à compter de leur collecte.

Conformément à la loi informatique et liberté du 6 janvier 1978 telle que modifiée par les dispositions relatives à la protection des Données personnelles, l'Assuré dispose de droits sur ses Données personnelles, qu'il peut exercer, dans les conditions précisées dans les procédures internes de l'Assureur et dans la loi précitées, par demande écrite formulée à la Mutuelle d'Assurance des Armées, par courrier (27, rue de Madrid – 75008 PARIS) ou par courriel (contact@maa-assurance.fr).

Les droits de l'Assuré sont :

- **le droit d'information** sur le traitement de ses Données personnelles,
- **le droit d'accès** à ses informations personnelles, et le droit de les rectifier,
- **le droit à la limitation** du traitement de ses Données, permettant dans certains cas de geler le traitement des Données pendant une courte période,
- **le droit à l'opposition** au traitement de ses Données lorsque le traitement est ou est devenu inutile notamment en matière de prospection commerciale,
- **le droit à l'effacement** de ses Données personnelles, lorsque le traitement est devenu inutile, illicite, ou que l'accord au traitement est retiré,
- **le droit à la portabilité** permettant de récupérer ses Données afin de pouvoir les transmettre.

Pour plus d'informations, ou pour faire valoir ses droits, l'Assuré peut contacter la Cnil sur son site internet (cnil.fr).

12.2 Lutte contre la fraude

Afin de répondre aux obligations légales, des traitements visant à lutter contre la fraude à l'assurance et le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme sont également mis en œuvre.

Afin de pouvoir exercer son activité dans le cadre légal applicable aux entreprises d'assurance, l'Assureur interroge l'Assuré en lui demandant de préciser, au moment de l'adhésion et durant toute la vie du contrat, s'il est une personne politiquement exposée (PPE) au sens de l'article R. 561-18 du Code monétaire et financier, c'est-à-dire s'il exerce des fonctions administratives, juridiques ou politiques importantes, ou s'il est un membre de la famille ou entretient des relations d'affaires avec une telle personne. Sans précision, l'Assuré est réputé ne pas être une personne politiquement exposée.

La collecte, le traitement et la conservation des Données relatives à la lutte

contre la fraude à l'assurance et le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme, sont réalisés conformément aux dispositions légales en vigueur et aux demandes de l'administration fiscale. Pour faire valoir ses droits sur les Données personnelles collectées, traitées et conservées dans ce cadre, l'Assuré doit préalablement contacter la Cnil (cnil.fr).

LEXIQUE

Ce lexique est destiné à améliorer la compréhension du contrat. Pour l'exécution du présent contrat, les différents termes utilisés doivent être compris dans le sens des définitions ci-après données.

Accident

Toute action soudaine et violente, indépendante de la volonté de l'Assuré et atteignant celui-ci dans son intégrité corporelle par le fait d'un événement imprévisible qui lui est extérieur (cause extérieure).

Aggravation

Évolution de l'état de l'Assuré en relation directe et certaine avec l'accident subi par ce dernier et modifiant les conclusions médicales relatives au taux d'incapacité permanent fixé initialement.

Assureur

Entité qui assure le règlement des sinistres en contrepartie d'une cotisation.

Assuré

Personne garantie par le contrat d'assurance.

Avenant

Document constatant une modification du contrat.

Bénéficiaire

En cas de réalisation du risque décès, personne(s) qui perçoit(vent) le capital décès, en cas de blessure de l'Assuré lui-même, ou son représentant légal, s'il est juridiquement incapable.

Blessure psychique ou stress post-traumatique

Réaction de peur intense, de désarroi ou d'horreur dans une situation liée à la mort, à une menace de mort ou à une atteinte à l'intégrité corporelle, à laquelle l'Assuré a été partie prenante ou témoin direct, ressentie lors d'une mission de courte durée (MCD), d'une mission intérieure (MISSINT), d'une opération extérieure (OPEX) ou lors d'une intervention de lutte contre un acte de terrorisme tel que défini par le Code pénal.

Capital garanti

Capital qui est versé au bénéficiaire en cas de réalisation du risque couvert.

Conditions générales

Document qui concerne l'Assuré souscripteur du contrat. Il précise notamment les garanties proposées ainsi que les dispositions relatives au fonctionnement du contrat.

Conditions particulières

Document délivré lors de la souscription du contrat ou de sa modification (avenant) qui précise notamment le nom de l'Assuré ainsi que l'énoncé et le montant des garanties souscrites.

Conjoints

Personnes non séparées de droit ou de fait :

- mariées,
- unies par un pacte civil de solidarité,
- vivant sous le même toit, de telle sorte qu'elles puissent être communément regardées comme formant un couple.

Consolidation

Moment où les lésions se sont fixées et ont pris un caractère permanent tel qu'un traitement n'est plus nécessaire, si ce n'est pour éviter une aggravation.

Date anniversaire

Date correspondant au jour du renouvellement annuel (automatique) du contrat. C'est aussi la date à laquelle s'effectue l'indexation annuelle des garanties et cotisations. La demande de résiliation doit être effectuée deux mois avant la date anniversaire.

Date de prise d'effet des garanties/du contrat

Date à compter de laquelle les garanties du contrat vont produire leur effet. Elle peut être différente de la date anniversaire du contrat, et correspondre au moment à partir duquel les garanties du contrat, choisies par l'Assuré, vont trouver à s'appliquer en cas de sinistre.

Dommage corporel

Atteinte permanente à l'intégrité corporelle des personnes.

Données personnelles

Désignent toute information se rapportant à une personne physique qui peut être identifiée, directement ou indirectement, notamment par référence à un identifiant, tel qu'un nom, un numéro d'identification, des données de localisation, un identifiant en ligne, ou à un ou plusieurs éléments spécifiques propres à son identité physique, physiologique, génétique, psychique, économique, culturelle ou sociale.

Économiquement à charge

Est économiquement à charge, la personne remplissant au moins l'une des conditions énumérées ci-dessous :

- rattachée au foyer fiscal du souscripteur ou de son conjoint,
- pour laquelle une pension alimentaire est réglée,
- dont les ressources personnelles ne dépassent pas trois SMIC nets par an.

Incapacité Absolue et Définitive suite à accident (IAD)

Impossibilité définitive, du fait d'un accident, d'exercer toute activité génératrice de rémunération ou de profit. Elle est appréciée en dehors de toute considération socio-économique telle que le marché de l'emploi, l'âge ou la qualification de l'Assuré.

Incapacité Temporaire Totale (ITT)

Période physiologique médicalement reconnue, indépendamment de l'arrêt de travail, faisant suite à un accident, de l'Assuré étant dans l'incapacité totale d'effectuer les actes de la vie courante.

Notice d'information valant conditions générales

Présent document décrivant les garanties proposées et le fonctionnement du contrat.

Nullité du contrat

Mesure visée par la loi – article L 113-8 du Code des assurances – pour sanctionner l'Assuré ayant fait une fausse déclaration volontaire du risque, à la souscription ou en cours de contrat, dans l'intention de tromper l'Assureur. Le contrat est considéré comme n'ayant jamais existé.

Opération extérieure (OPEX)

Mission opérationnelle effectuée à l'extérieur de la France métropolitaine pendant une durée maximale de douze mois.

Prescription

Délai à l'issu duquel le titulaire d'un droit ne dispose plus d'action pour le faire valoir.

Réduction des indemnités

Mesure visée par la loi – article L.113-9 du Code des assurances – pour sanctionner le souscripteur ayant omis de déclarer à l'Assureur tous les éléments du risque ou ayant fait une déclaration inexacte à la souscription ou en cours de contrat qui, en conséquence, n'a pas permis à l'Assureur d'appliquer une cotisation adaptée. L'indemnité de sinistre est alors réduite en proportion de la cotisation payée par rapport à la cotisation qui aurait été due si le souscripteur avait complètement et exactement déclaré le risque.

Sinistre

Réalisation d'un événement susceptible de mettre en jeu au moins une garantie du contrat d'assurance.

Souscripteur

Signataire du contrat défini sous ce nom aux Conditions Particulières.

Souscription

Signature du contrat d'assurance par l'Assuré valant acceptation dudit contrat.

Tacite reconduction

Renouvellement automatique du contrat à sa date anniversaire. Lorsque le contrat n'est pas résilié en temps voulu dans les formes et conditions prévues par la présente notice d'information, il est automatiquement renouvelé pour une durée d'un an.

GUIDE DES FORMALITÉS

Ce guide donne les éléments nécessaires à l'Assuré ayant souscrit un contrat d'assurance dans ses démarches principales vis à vis de l'Assureur.

1. DÉCLARATION DE SINISTRE ET PIÈCES JUSTIFICATIVES

Toute déclaration de Sinistre et les pièces justificatives sont à adresser au plus tôt au siège de la MAA via son espace-adhérent ou par lettre sous pli « SECRET MÉDICAL ». Les délais maximums et les délais de Prescription sont précisés dans les articles 7, 8 et 10 auxquels il convient de se référer.

Selon le Sinistre, il est impératif de joindre les documents indiqués ci-dessous, l'Assureur pouvant demander tout autre document ou justificatif complémentaire :

- la déclaration d'Accident précisant les circonstances détaillées de l'Accident,
- le certificat médical descriptif des blessures établi par le médecin qui a examiné initialement la victime,
- en cas d'impossibilité de travailler suite à l'Accident, une attestation établie par un médecin constatant cet état.

2. ÉCHANGES AVEC L'ASSUREUR

Changements administratifs et gestion de police

Tout changement administratif peut se faire par courriel ou par courrier (changement d'adresse, modification de banque ou de compte, changement de situation familiale, changement professionnel). Les demandes de changement des coordonnées bancaires doivent être accompagnées d'un relevé d'identité bancaire.

Règlement des cotisations et défaut de paiement

La cotisation est réglée par prélèvement automatique à partir d'un compte bancaire, ou par chèque à l'ordre de la MAA.

3. CONDITIONS DES DÉNONCIATIONS ET DES RÉSILIATIONS

MOTIF	INITIATIVE	DATE DE PRISE D'EFFET	CONDITIONS
DÉNONCIATIONS			
Opposition à la Tacite reconduction du contrat	Assuré Assureur	Date anniversaire	Notification par lettre recommandée 2 mois avant la date anniversaire
Dénonciation « Loi Châtel »	Assuré	Date anniversaire	<ul style="list-style-type: none"> • Notification par lettre recommandée dans les 20 jours suivant la réception de l'avis d'échéance • Réception par l'Assuré de l'avis d'échéance moins de 45 jours avant sa Date anniversaire
RÉSILIATIONS			
Majoration de la cotisation	Assuré	30 jours à compter de la notification de résiliation	<ul style="list-style-type: none"> • Notification par lettre recommandée dans les 30 jours suivant la réception de l'avis d'échéance indiquant la majoration • Majoration non consécutive à la revalorisation annuelle
Diminution du risque	Assuré	30 jours après la demande de résiliation de l'Assuré	Notification par lettre recommandée justifiant la damnation du risque
Augmentation du risque	Assureur	10 jours à compter de la notification de résiliation	Notification par lettre recommandée justifiant l'augmentation du risque
Omissions ou inexactitudes dans les déclarations de l'Assuré de bonne foi	Assureur	10 jours à compter de la notification de résiliation	<ul style="list-style-type: none"> • Découverte d'omissions ou inexactitudes dans les déclarations modifiant la perception du risque par l'Assureur • Bonne foi de l'Assuré
Non-paiement de la cotisation	Assureur	40 jours à compter de la date d'envoi de la lettre de mise en demeure	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en demeure par lettre recommandée minimum 10 jours suivant la date d'échéance • Cotisations non réglées après la mise en demeure
Survenance d'un sinistre*	Assureur	1 mois après la notification de la résiliation	Non acceptation par l'Assureur du paiement de la cotisation passé le délai d'un mois suivant la connaissance du Sinistre
RÉSILIATIONS DE PLEIN DROIT			
Décès de l'Assuré	Assureur Assuré	Date du décès de l'Assuré	Envoi d'une copie de l'acte de décès
Retrait des agréments de l'Assureur pour les risques couverts	Assuré Assureur	40 jours à compter de la publication au JO de la décision de retrait	Aucune
Mise en œuvre de la garantie IAD	Assureur	10 jours à compter de la notification de résiliation	Aucune
Mise en œuvre de la garantie IPPA lorsque le taux est au moins égal à 80%	Assureur	10 jours à compter de la notification de résiliation	Aucune

Si la cotisation ou la fraction de cotisation n'est pas réglée, une mise en demeure par lettre recommandée est adressée à l'Assuré ; à défaut de paiement dans les délais impartis, les garanties seront suspendues 30 jours après la date d'envoi (cf. article 5.4.) puis le contrat résilié dans les dix jours qui suivent.

Renonciation à l'adhésion

Les modalités de renonciation sont précisées dans l'article 5.2. Il est proposé le modèle suivant.

Je soussigné (nom, prénom).....

demeurant à

Assuré au contrat d'assurance PROTECTION ACCIDENT TÉGO sous le numéro.....déclare renoncer à mon adhésion et demande le remboursement des sommes versées dans le délai de trente jours prévu par la loi.

Fait à, le.....

Signature

4. CONTACTS

Si vous devez contacter la MAA par courrier ou par téléphone, veuillez indiquer le numéro du contrat (à défaut, la date de naissance).

Adresse postale : MAA – 27, rue de Madrid – 75008 PARIS

Courriel : contact@maa-assurance.fr

Téléphone : 01 44 70 73 30

Télécopie : 01 42 93 70 81

ANNEXE : FICHE PRODUIT

	PRÉCAUTION	PRUDENCE	SÉRÉNITÉ	SAGESSE
INCAPACITÉ PERMANENTE PAR ACCIDENT (IPPA)	Le capital garanti est calculé en multipliant le taux d'incapacité permanente retenu, exprimé en pourcentage, par le capital de la tranche dans laquelle il figure. Si ce taux est égal ou supérieur à 80%, le capital est entièrement acquis.			
1% à 19%	10 000 €	20 000 €	40 000 €	60 000 €
20% à 79%	12 000 €	24 000 €	48 000 €	72 000 €
80% à 100%	15 000 €	30 000 €	60 000 €	90 000 €
INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE (ITT)	L'indemnité journalière est versée dès le 1 ^{er} jour d'arrêt de reconnaissance de l'incapacité temporaire totale sans pouvoir excéder 365 jours pour un même accident.			
				Options
				30 € / jour
				50 € / jour
				80 € / jour
				100 € / jour
CAPITAL INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE (IAD) SUITE À ACCIDENT	20 000 €	40 000 €	80 000 €	120 000 €
CAPITAL DÉCÈS PAR ACCIDENT	10 000 €	20 000 €	40 000 €	60 000 €
CAPITAL AIDE À L'AMÉNAGEMENT	Le capital est dû en cas d'incapacité permanente reconnue égale ou supérieure à 80%, sur présentation de justificatif d'aménagement du logement et/ou du véhicule.			
	LOGEMENT			
	1 500 €	3 000 €	6 000 €	9 000 €
	VÉHICULE			
	500 €	1 000 €	2 000 €	3 000 €
	OPTION SUPPLÉMENTAIRE			
HOSPITALISATION POUR MALADIE	L'indemnité est conditionnée par une hospitalisation pour maladie d'au moins 3 jours sans pouvoir excéder 365 jours pour une même affection.			
	20 € / jour			

L'offre est limitée aux formules « PRÉCAUTION » et « PRUDENCE » pour toute personne souscrivant après le 31 décembre de son 65^{ème} anniversaire.

La souscription à l'option est possible jusqu'au 31 décembre du 66^{ème} anniversaire, et cesse le 31 décembre du 75^{ème} anniversaire.

Les cotisations sont majorées de 15% pour toute souscription au-delà du 31 décembre du 45^{ème} anniversaire. Elles sont majorées de 30% pour toute souscription au-delà du 31 décembre du 65^{ème} anniversaire.

La réduction jeune est applicable pour toute souscription avant le 31 décembre du 27^{ème} anniversaire. Les cotisations affichées tiennent compte d'une réduction de 20% la première année et de 10% la seconde année.

Contrat sélectionné par Tého,
association déclarée régie par la loi du 1^{er} juillet 1901
SIRET 850 564 402 00012 - 153, rue du Faubourg Saint Honoré 75008 PARIS,
auprès de MAA

