

Conditions générales

Protection familiale accidents

Référence PFA1120

Vous venez de souscrire votre contrat **Protection familiale accidents**.

Vous devenez client d'Anset Run Anset Réunion, société de courtage d'assurance déléataire de souscription et de gestion de la société Aréas Dommages.

Vous bénéficiez ainsi :

- des prestations décrites au contrat et personnalisées en fonction de vos besoins,
- de la proximité de notre interlocuteur qui se tient à votre disposition pour vous apporter les conseils d'un professionnel de l'assurance.

Votre contrat se compose de trois parties :

- des présentes conditions générales ci-après qui définissent les garanties proposées et décrivent la vie et le fonctionnement du contrat,
- des conditions particulières rédigées spécialement pour vous en fonction de vos déclarations et des garanties que vous avez choisies,
- des documents annexes indiqués aux conditions particulières.

Votre contrat est régi par le Code des assurances plus simplement désigné Code dans le contrat.

Important

La numérotation des paragraphes des présentes conditions générales est établie comme suit :

le numéro figurant à gauche d'un titre ou d'un début d'un paragraphe est la référence applicable jusqu'à la mention du numéro suivant

Plan des conditions générales

Définitions	3
Les garanties	4
1. Objet de la garantie.....	4
2. Les personnes assurées.....	4
3. Les événements accidentels garantis	4
4. Les garanties et les préjudices indemnisés	5
5. Les bénéficiaires	6
6. Territorialité des garanties.....	6
7. Tableau des garanties	7
8. Exclusions générales	8
Les sinistres	8
9. Délai de déclaration.....	8
10. Formalités à accomplir	8
11. Règlement du sinistre	8
12. Subrogation.....	9
La vie du contrat.....	10
13. Formation, durée et résiliation du contrat	10
14. Déclaration du risque	10
15. Les primes.....	11
16. Prescription	11
17. Réclamation	12
18. Autorité de contrôle	12
19. Protection des déclarations	12
20. Élection de domicile droit applicable.....	12
21. Renonciation en cas de démarchage.....	12

Définitions

Pour l'application du présent contrat on entend par :

Accident ou événement accidentel

Tout événement soudain, imprévu et dû à des causes extérieures à la victime.

Assureur

Aréas Dommages, société d'assurance mutuelle à cotisations fixes régie par le Code des assurances, inscrite au Registre du Commerce et de Sociétés de Paris sous le numéro 775 670 466, et dont le siège social est situé 47 rue de Miromesnil à Paris (75008).

Atteinte permanente à l'intégrité physique et psychique (AIPP)

C'est la réduction définitive de la capacité physiologique globale de l'assuré entraînée par un accident garanti.

L'évaluation du taux d'AIPP est faite par notre médecin expert, à la date de consolidation de l'état de l'assuré.

Consolidation

(ou date de consolidation)

Il s'agit de la date à partir de laquelle les séquelles consécutives à un événement accidentel prennent un caractère permanent. C'est le point de départ pour fixer le taux d'AIPP.

La date de consolidation est fixée par notre médecin expert.

Hospitalisation

Tout séjour dans un établissement de soins public ou privé dès lors que le séjour a pour objet le traitement médical ou chirurgical d'une lésion résultant d'un accident garanti.

Maladie

Toute altération de la santé ou état pathologique de l'assuré, non consécutif à un accident, constaté par une autorité médicale compétente.

Nous

BUREAU D'ETUDES EN ASSURANCES ET COURTAGES DE L'OUTRE MER (nom commercial : Anset Run Anset Réunion), société par actions simplifiée de courtage au capital social de 10.000 euros, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Saint-Denis de la Réunion sous le numéro 532 922 150, dont le siège social est situé 14 rue de la Guadeloupe - ZA Foucherolles- Sainte-Clotilde 97490 Saint-Denis et au Registre unique des intermédiaires en assurance, banque et finance (ORIAS) sous le numéro 11063290, délégataire de souscription et de gestion de l'Assureur (Aréas Dommages).

PASS

Il s'agit du plafond annuel de la Sécurité sociale déterminé en janvier de chaque année.

Souscripteur

La personne désignée aux conditions particulières comme étant le souscripteur du contrat.

Victime

L'assuré décédé ou ayant subi une atteinte corporelle du fait d'un événement accidentel garanti.

Vous

Le souscripteur.

Les garanties

1. Objet de la garantie

Dans les conditions définies ci-après, notre garantie s'applique en cas de dommages corporels subis par une personne ayant la qualité d'assuré qui entraînent :

- soit une AIPP supérieure ou égale à 10 %,
- soit son décès,

Lorsque ces dommages résultent directement d'un événement accidentel garanti, dans les limites et conditions prévues par le niveau et la formule de garanties souscrits, expressément mentionnés aux conditions particulières.

2. Les personnes assurées

Le nombre de personnes assurées est limité à 8 personnes par contrat.

Ont la qualité d'assuré, selon la formule choisie, les personnes indiquées ci-après à condition qu'au jour de l'événement accidentel, **elles soient âgées de moins de 81 ans et sous réserve qu'elles soient nommément désignées aux conditions particulières.**

2.1. En formule famille :

- le souscripteur,
- son épouse ou son époux, non séparé(e) de corps ou de fait,
- sa concubine ou son concubin, ainsi que la personne ayant conclu un PACS avec le souscripteur,
- leurs enfants légitimes, naturels ou adoptifs, lorsqu'ils sont fiscalement à charge même s'ils vivent hors du domicile du Souscripteur, s'ils sont étudiants ou handicapés physiques ou mentaux (titulaires d'une carte d'invalidité),
- les enfants du souscripteur, et ceux de son conjoint non séparé de corps ou de son concubin, non fiscalement à charge, mineurs ou majeurs célibataires et âgés de moins de 26 ans, même s'ils ne résident pas sous son toit mais perçoivent une pension alimentaire de la part de ceux-ci fiscalement déductible du revenu global.

2.2. En formule couple :

- le Souscripteur,
- son épouse ou son époux, non séparé(e) de corps ou de fait,
- sa concubine ou son concubin, ainsi que la personne ayant conclu un PACS avec le Souscripteur.

2.3. En formule solo :

- la personne nommément désignée aux conditions particulières sur laquelle s'exercent les garanties du contrat.

3. Les événements accidentels garantis

3.1. Les accidents de la vie privée

Nous garantissons les conséquences de dommages corporels résultant d'événements soudains et imprévus, individuels ou collectifs dus à des causes extérieures et survenus dans le cadre de la vie privée de l'assuré.

Sous réserve des exclusions mentionnées au paragraphe 8, sont ainsi couverts :

- les accidents survenus à l'occasion d'activités domestiques (ménage, jardinage, bricolage, ...), d'activités scolaires ou de loisirs,
- les accidents survenus au cours de la pratique, en qualité d'amateur, d'une activité sportive.

Le contrat garantit les dommages consécutifs à un accident de la vie privée survenu pendant la période de validité du contrat.

3.2. Les accidents médicaux

Nous garantissons les conséquences d'accidents médicaux causés à l'occasion d'actes chirurgicaux, de prévention, de diagnostic, d'exploration, de traitements pratiqués par des médecins et auxiliaires médicaux visés dans la quatrième partie du Code de la Santé Publique ou par des praticiens autorisés à exercer par la législation ou la réglementation du pays dans lequel a lieu l'acte, lorsque ces actes sont assimilables à ceux référencés dans la nomenclature des actes professionnels.

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

Le contrat garantit les dommages dont le fait générateur et la première manifestation sont intervenues pendant la période de validité du contrat.

3.3. Les accidents dus à des attentats ou à des infractions

Nous garantissons les conséquences de dommages corporels résultant d'accidents pouvant constituer un délit ou un crime au sens du Code pénal français dont l'assuré a été victime et dans lequel il n'a pris intentionnellement aucune part.

Le contrat garantit les dommages consécutifs à un attentat ou une infraction survenu pendant la période de validité du contrat.

3.4. Les accidents dus à des catastrophes naturelles ou technologiques

Nous garantissons les conséquences de dommages corporels occasionnés par :

- l'intensité anormale d'un agent naturel tels qu'une inondation, un tremblement de terre, un raz de marée et autres cataclysmes,
- la survenance d'un accident impliquant la mise en œuvre de la technologie moderne et imputable à des produits, des installations, la pollution, des transports collectifs tels qu'un effondrement d'un bâtiment, un déraillement d'un train.

Le contrat garantit les dommages consécutifs à un accident dû à des catastrophes naturelles ou technologiques survenu pendant la période de validité du contrat.

3.5. Les accidents impliquant un véhicule terrestre à moteur

Par dérogation à l'exclusion des accidents impliquant un véhicule terrestre à moteur telle qu'elle figure au paragraphe 8 « Exclusions générales », nous garantissons l'assuré :

- de moins de 12 ans lorsqu'il conduit un véhicule jouet d'enfant,
- lorsqu'il conduit un engin de jardinage autoporteur ou un fauteuil roulant,
- victime d'un accident dans lequel son propre véhicule terrestre à moteur est seul impliqué alors qu'il n'avait plus ou pas encore la qualité de conducteur de ce véhicule au moment des faits.

Le contrat garantit les dommages consécutifs à un accident impliquant un véhicule terrestre à moteur survenu pendant la période de validité du contrat.

4. Les garanties et les préjudices indemnisés

4.1. Décès

En cas de décès de l'assuré résultant d'un accident garanti et survenu dans le délai d'un an à compter du jour de l'accident, nous versons aux bénéficiaires le capital indiqué dans le tableau des garanties au paragraphe 7 des présentes conditions générales. Ce capital est variable selon l'âge de la victime au moment de l'accident, l'évènement garanti et le niveau de garanties souscrit par l'assuré et mentionné aux conditions particulières.

4.2. Atteinte permanente à l'intégrité physique et psychique (AIPP)

En cas de dommages corporels résultant d'un accident garanti entraînant un taux d'AIPP supérieur ou égal à 10 %, nous versons à l'assuré une indemnisation déterminée selon les dispositions définies ci-après :

4.2.1. AIPP Indemnisation forfaitaire

- L'assuré a souscrit le niveau « Eco » et le taux d'AIPP retenu par le médecin expert est supérieur ou égal à 10 %

ou

- L'assuré a souscrit le niveau « Médian » et le taux d'AIPP retenu par le médecin expert est supérieur ou égal à 10 % et inférieur à 66 %.

L'indemnité est forfaitaire. Elle est déterminée en fonction du capital indiqué dans le tableau des garanties au paragraphe 7 des présentes conditions générales et du taux d'AIPP retenu par le médecin expert, spécialiste en indemnisation des dommages corporels et désigné par l'assureur.

Détermination du taux d'AIPP

La nature et le taux d'AIPP sont déterminés par le médecin expert par référence au « barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun » en cours au jour du sinistre publié dans la revue « le concours médical ».

Détermination du montant du capital

- Si le taux d'AIPP (N) est inférieur à 10 %, aucune indemnité n'est versée.
- Si le taux d'AIPP (N) est supérieur ou égal à 10 % et inférieur à 66 %, le montant du capital est égal à N/66 fois le montant du capital assuré.
- Si le taux d'AIPP (N) est supérieur ou égal à 66 %, le capital est versé dans son intégralité.

Dispositions particulières relatives au règlement du capital

Le capital est versé à l'assuré à titre définitif. En aucun cas, l'assureur ou l'assuré ne pourront demander une révision ultérieure relative à l'amélioration ou l'aggravation de l'état d'invalidité, sous réserve des dispositions prévues au paragraphe 4.3.

Montant de garantie

L'indemnité que nous pouvons être amenée à verser au titre de la présente garantie ne peut en aucun cas excéder **60 000 € (soixante mille euros) par événement et par victime du dommage corporel.**

Cumul des prestations

Les indemnités versées à titre forfaitaire peuvent se cumuler avec toute autre prestation à caractère indemnitaire ou forfaitaire perçue ou à percevoir par l'assuré ou ses bénéficiaires, pour les mêmes chefs de préjudices.

4.2.2. AIPP Indemnisation selon les règles du droit commun

- L'assuré a souscrit le niveau « Médian » et le taux d'AIPP retenu par le médecin expert est supérieur ou égal à 66%.

L'indemnisation est déterminée selon les règles du droit commun français dans la limite des postes de préjudices indemnisables et du plafond de garanties prévus aux paragraphes suivants.

Détermination du taux d'AIPP et des préjudices subis

La nature et le taux d'AIPP sont déterminés par le médecin expert par référence au « barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun » en vigueur au jour du sinistre publié dans la revue « le concours médical ».

Le médecin expert qualifie également les préjudices permanents subis par l'assuré après consolidation et définis ci-après.

Les préjudices indemnisables

- le déficit fonctionnel permanent (DFP),
- les frais de relogement adapté (FLA) et les frais de véhicule adapté (FVA) à partir du moment où ils sont médicalement nécessaires,
- le coût de l'assistance d'une tierce personne (ATP) pour les actes de la vie quotidienne,
- la perte de gains professionnels futurs (PGPF) consécutive à l'AIPP,
- le préjudice esthétique permanent (PEP),
- les souffrances endurées (SE),
- le préjudice d'agrément (PA).

Tous les autres postes de préjudices non-cités ci-avant ne sont pas indemnisés.

Dispositions particulières relatives au règlement du capital

L'indemnité due au titre de la présente garantie est versée à l'assuré à titre définitif. En aucun cas, l'assureur ou l'assuré ne pourront demander une révision ultérieure relative à l'amélioration ou l'aggravation de l'état d'invalidité, sous réserve des dispositions prévues au paragraphe 4.3.

Montant de garantie

Le montant cumulé des indemnités que nous pouvons être amené à verser au titre de la présente garantie ne peut en aucun cas excéder **200 000 € (deux cent mille euros) par événement et par victime du dommage corporel.**

Non-cumul des prestations

Les indemnités que nous pouvons être amenées à verser au titre de la présente garantie ne se cumulent pas avec les prestations à caractère indemnitaire perçues ou à percevoir par l'assuré ou ses bénéficiaires, d'un organisme de Sécurité sociale, d'un régime de prévoyance ou de tout organisme tiers payeur, au titre des mêmes chefs de préjudices.

Ces prestations doivent être portées à notre connaissance par l'assuré ou les bénéficiaires dès qu'elles leur sont notifiées par l'organisme débiteur et ont été acceptées par

eux. Elles viennent en déduction de l'indemnité due au titre des préjudices indemnisés par la présente garantie, nous versons à l'assuré ou aux bénéficiaires un complément, s'il y a lieu.

Assurances cumulatives

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

4.3. Non-cumul des indemnités en cas d'AIPP et de décès

Les indemnités prévues au titre des garanties décès et AIPP ne peuvent être cumulées.

Toutefois, si en cas d'AIPP, suivie de décès dans l'année de l'accident des suites de ce dernier, l'indemnité versée à l'assuré était inférieure à celle prévue pour le cas de décès, l'assureur verserait la différence au bénéficiaire.

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

4.4. Coup de pouce hospitalisation

Si la garantie « Coup de pouce Hospitalisation » est souscrite, nous vous versons, en cas d'hospitalisation d'au moins une nuit suite à un accident garanti, une indemnité par jour d'hospitalisation dont le montant est indiqué dans le tableau des garanties au paragraphe 7 des présentes conditions générales.

L'indemnité est limitée à 60 jours d'hospitalisation par événement et par assuré.

Ce coup de pouce est accordé à l'assuré même en l'absence d'AIPP.

Nous ne garantissons pas au titre de la garantie « Coup de pouce Hospitalisation » les séjours dans un établissement, un centre ou un service :

- de rééducation ou de réadaptation fonctionnelle (sauf hospitalisation consécutive à un accident corporel garanti, déclaré pendant la validité du contrat),
- de moyen séjour,
- de convalescence, de repos,
- de gériatrie ou de gérontologie,
- de psychiatrie, neuropsychiatrie et assimilées,
- de cure de toute nature,
- médico-psychopédagogiques ou médico-éducatifs et assimilés, les maisons d'enfants à caractère sanitaire et les aériums,
- destinés à l'hébergement des personnes n'ayant plus leur autonomie dits « hospitalisation de long séjour » et les maisons de retraite.

5. Les bénéficiaires

5.1. En cas d'atteinte à l'intégrité physique et psychique de l'assuré

L'indemnité est versée à la victime assurée.

5.2. En cas de décès de l'assuré

L'indemnité est versée :

- au conjoint de l'assuré, non divorcé, non séparé de corps ou de fait,
- à défaut, au partenaire auquel l'assuré était lié par un pacte civil de solidarité,
- à défaut, aux enfants nés ou à naître de l'assuré ou représentés, par parts égales entre eux,
- à défaut au concubin de l'assuré,
- à défaut, aux héritiers de l'assuré.

Dans tous les cas, aucune indemnité ne sera versée aux personnes ayant causé volontairement les dommages à la victime assurée au titre du présent contrat.

6. Territorialité des garanties

Les garanties du présent contrat s'exercent, pendant la période de validité du contrat :

- en France métropolitaine, dans les Départements et régions d'outre-mer Collectivités d'outre-mer,
- dans les pays de l'Union Européenne, en Suisse, Islande, Norvège,
- dans les principautés de Monaco, d'Andorre et du Liechtenstein,
- au Vatican et à San Marin,
- dans le reste du monde lors de voyages et de séjours n'excédant pas une durée continue de trois mois.

7. Tableau des garanties

Le tableau indique les montants et les limites de garanties par évènement et par assuré selon le niveau de garanties souscrit.

Niveau « Eco »

Garanties	Montants et limites de garanties
Atteinte permanente à l'intégrité physique et psychique (AIPP)	<p>Mode d'indemnisation : forfaitaire selon les modalités d'indemnisation définies au paragraphe 4.2.1 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Taux d'AIPP ≥ 10 % et < 66 % : 60 000 € x (taux d'AIPP/66) • Taux d'AIPP ≥ 66 % : 60 000 €
Décès accidentel avec une limitation pour :	25 000 €
<ul style="list-style-type: none"> • la victime âgée de moins de 18 ans • les accidents impliquant un véhicule terrestre à moteur 	5 000 € 15 000 €
Coup de pouce hospitalisation	Indemnité journalière 10 € par jour Durée d'indemnisation 60 jours

Niveau « Médian »

Garanties	Montants et limites de garanties
Atteinte permanente à l'intégrité physique et psychique (AIPP)	<ul style="list-style-type: none"> • Taux d'AIPP ≥ 10% et < 66 % : <p>Mode d'indemnisation : forfaitaire selon les modalités d'indemnisation définies au paragraphe 4.2.1 : 60 000 € x (taux d'AIPP/66)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Taux d'AIPP ≥ 66% : <p>Mode d'indemnisation : selon les règles du droit commun français pour l'ensemble des postes de préjudices définis au paragraphe 4.2.2 : 200 000 €</p>
Décès accidentel avec une limitation pour :	50 000 €
<ul style="list-style-type: none"> • la victime âgée de moins de 18 ans • les accidents impliquant un véhicule terrestre à moteur 	10 000 € 30 000 €
Coup de pouce hospitalisation	Indemnité journalière 10 € par jour Durée d'indemnisation 60 jours

8. Exclusions générales

Sont exclus, les dommages :

- causés par des maladies (y compris les maladies professionnelles) n'ayant pas pour origine un accident garanti,
- résultant d'aggravations de blessures, de rechutes ou de tout dommage en relation avec un accident survenu avant la date d'effet du contrat,
- résultant du suicide, d'une tentative de suicide de l'assuré ou d'une mutilation volontaire,
- résultant d'une faute intentionnelle ou dolosive de l'assuré,
- subis par l'assuré lorsqu'il est en état d'ivresse dûment constaté ou survenus sous l'emprise d'un état alcoolique ou sous l'influence de stupéfiants (correspondant à une infraction au sens des articles L. 234-1, L. 234-8, R. 234-1, L. 235-1 ou L. 235-3 du Code de la route) ou de l'usage de l'assuré de drogues ou de stupéfiants non prescrits médicalement,
- subis à l'occasion d'activités professionnelles ou de fonctions publiques et/ou électives ou syndicales ou d'accidents de trajets tels que définis par le Code de la Sécurité sociale,
- résultant d'un accident dans lequel est impliqué un véhicule terrestre à moteur ainsi que ses remorques ou semi-remorques. Cette exclusion ne s'applique pas aux véhicules ferroviaires et tramways circulant sur des voies qui leur sont propres,
- résultant de la participation de l'assuré à des compétitions comportant l'utilisation d'engins mécaniques à moteur (fluviaux, maritimes ou terrestres) ainsi que leurs entraînements ou essais préparatoires,
- résultant de la navigation aérienne de l'assuré en tant que pilote, co-pilote, élève pilote ou membre d'équipage,
- résultant de la pratique par l'assuré de tout sport ou loisir aérien ou exercice aérien,
- survenant dans le cadre de la pratique d'un sport rémunéré ou exercé à titre professionnel,
- résultant de la pratique :
 - de la spéléologie ;
 - des sports de neige ou de glace hors des pistes balisées et ouvertes au public ;
 - de sports d'ascension, de l'alpinisme, de l'escalade, de la varappe (sauf les randonnées pédestres jusqu'à 2000 mètres d'altitude) ;
 - de la voltige, du saut dans le vide, du saut à l'élastique, du kitesurf ou flysurf ;
 - de la plongée sous marine au-delà de 20 mètres de profondeur ;
 - de la taumachie ;
 - de l'équitation (sauf les disciplines pratiquées en manège et les randonnées) ;
 - de sports de combat et arts martiaux (sauf judo) ;
 - des sports extrêmes (toutes disciplines) ;
 - de sports comportant l'utilisation de véhicules à moteur.
- résultant de la participation active de l'assuré à des grèves, des émeutes ou mouvements populaires, à des actes de terrorisme ou de sabotage,
- résultant de la guerre civile ou étrangère,
- résultant de la participation de l'assuré à un délit intentionnel, à une rixe sauf cas de légitime défense ou d'assistance à personne en danger,
- dus aux effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de transmutations de noyaux d'atomes ou de la radioactivité,

ainsi que ceux dus aux effets de radiations provoqués par l'accélération artificielle de particules,

- résultant des expérimentations biomédicales.

Les sinistres

9. Délai de déclaration

En cas de sinistre, l'assuré ou toute personne agissant pour son compte, doit, dès qu'il en a connaissance et au plus tard dans les cinq jours ouvrés, en donner avis par écrit ou verbalement contre récépissé à l'assureur ou à son mandataire.

Sauf si le retard dans la déclaration est dû à un cas fortuit ou de force majeure, l'assuré est déchu de la garantie lorsque l'assureur établit que le retard lui a causé un préjudice (article L. 113-2 du Code).

10. Formalités à accomplir

10.1. Déclaration de sinistre

L'assuré doit indiquer dans la déclaration du sinistre ou en cas d'impossibilité, dans une déclaration ultérieure faite dans le plus bref délai :

le nom, prénoms, âge, domicile et profession de l'assuré victime de l'accident,

- les premiers renseignements concernant la nature des lésions et leurs conséquences probables,
- la date, le lieu de survenance et les circonstances de l'accident, les noms et adresses des témoins et de l'auteur responsable le cas échéant.

10.2. Formalités médicales

L'assuré doit :

- adresser à l'assureur dans les cinq jours de la déclaration du sinistre, un certificat médical initial descriptif des blessures,
- répondre à toute demande de renseignements complémentaires formulée par l'assureur.

L'assuré ou le cas échéant son médecin traitant, peut adresser le certificat médical et les renseignements complémentaires obligatoirement sous pli confidentiel directement au médecin conseil de l'assureur qui ne transmettra à l'assureur que les instructions strictement nécessaires à l'application du contrat.

10.3. Formalités en cas de décès

En cas de décès de l'assuré, le bénéficiaire doit adresser à l'assureur les pièces justificatives comprenant notamment l'acte de décès, un certificat médical constatant le genre d'accident auquel l'assuré a succombé, ainsi que les pièces pouvant être exigées en vertu des dispositions législatives ou réglementaires.

11. Règlement du sinistre

11.1. Examen de l'assuré

L'assuré doit accepter de se soumettre à l'examen du médecin de l'assureur. L'assuré est avisé :

- de la date et du lieu de l'examen,
- de l'identité et des titres du médecin,
- de l'objet de l'examen.

Lors de cette expertise médicale, l'assuré peut se faire assister, à ses frais, d'un médecin de son choix.

A la demande de l'assuré, l'assureur adresse une copie du rapport de l'expertise médicale.

En cas de contestation d'ordre médical sur les causes et les conséquences du sinistre, le différend est soumis à une expertise dans les conditions prévues au paragraphe 11.2 ci-après.

11.2. Expertise

En cas de désaccord entre les médecins experts de chacune des parties, ils s'adjoignent un troisième expert agissant en qualité de tiers expert. Les trois experts opèrent en commun et à la majorité des voix. Faute par l'une des parties de nommer son expert ou par les deux experts de s'entendre sur le choix du troisième, la désignation est effectuée par le Président du Tribunal Judiciaire. Cette nomination a lieu sur simple requête de la partie la plus diligente faite au plus tôt quinze jours après l'envoi à l'autre partie d'une lettre recommandée de mise en demeure avec accusé de réception.

Chaque partie paie la moitié des frais et honoraires du tiers expert et de ses frais de nomination.

Le président du tribunal saisi aux frais de la société d'assurance, par requête signée des deux parties ou d'un seulement, l'autre ayant été convoqué par lettre recommandée.

11.3. Procédures d'indemnisation

11.3.1. Indemnisation forfaitaire

Le paiement de l'indemnité doit être effectué dans un délai d'un mois à partir de l'accord amiable ou de la décision judiciaire exécutoire. Ce délai, en cas d'opposition, ne court que du jour de la mainlevée.

L'indemnité est payable en France et en euros.

11.3.2. Indemnisation selon les règles du droit commun

Lorsque la garantie est due, l'offre définitive d'indemnisation doit être faite dans un délai de cinq mois suivant la date à laquelle l'assureur a été informé de la consolidation de l'assuré.

Dans le cas où le médecin expert ne pourrait conclure de façon définitive, mais estime que l'AIPP directement imputable à l'événement garanti sera égale ou supérieure à 10 %, une offre provisionnelle sera faite dans le mois suivant la communication à l'assureur du rapport de l'expertise médicale.

Le paiement des sommes convenues doit intervenir dans un délai d'un mois à compter de la réception du procès verbal de transaction dûment régularisé par l'assuré.

Les indemnités sont payables en France et en euros.

11.4. Sanctions

Si la victime ou les bénéficiaires ne communiquent pas à l'assureur les informations et justificatifs nécessaires au règlement du sinistre (sauf cas fortuit ou de force majeure), l'indemnisation peut s'en trouver retardée et l'assureur peut réclamer une indemnité correspondant au préjudice subi du fait de ce retard ou de la non-fourniture d'informations et documents.

Si la victime ou les bénéficiaires font, en toute connaissance de cause, de fausses déclarations sur la nature, les causes, les circonstances ou les conséquences du sinistre, ils sont entièrement déchés de tout droit à la garantie pour ce sinistre. L'assureur se réserve le droit de récupérer les prestations indues et de résilier le contrat.

12. Subrogation

L'assureur est subrogé jusqu'à concurrence des indemnités qu'il aura versées dans les droits et actions de l'assuré ou du bénéficiaire contre tout tiers responsable du dommage (**article L. 121-12 du Code**).

Si la subrogation ne peut plus, du fait de l'assuré ou du bénéficiaire, s'opérer en faveur de l'assureur, la garantie cesse d'être engagée dans la mesure où aurait pu s'exercer la subrogation.

La vie du contrat

13. Formation, durée et résiliation du contrat

13.1. Effet du contrat

Le contrat prend effet dès l'accord des parties à la date mentionnée aux conditions particulières sous réserve du paiement de la première prime.

Les mêmes dispositions s'appliquent à tout avenant au contrat.

13.2. Durée du contrat

Le contrat est souscrit pour la période prévue aux conditions particulières.

Il se reconduit tacitement à chaque échéance annuelle pour une durée de un an.

13.3. Résiliation

Le contrat peut être résilié dans les cas et conditions ci-après :

13.3.1. Par le Souscripteur

- a) Chaque année après l'expiration d'un délai de un an, moyennant un préavis de deux mois au moins avant la date d'échéance annuelle (article L. 113-12 du Code).
- b) Dans les conditions prévues par l'article L. 113-16 du Code en cas de changement de domicile, de situation matrimoniale, de régime matrimonial, de profession ainsi qu'en cas de retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle, lorsque les risques garantis sont en relation directe avec la situation antérieure et ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle.
- c) En cas de résiliation par l'assureur d'un autre contrat du Souscripteur après sinistre (article R. 113-10 du Code).
- d) En cas d'augmentation de la prime dans les conditions prévues au paragraphe 15.3 des présentes conditions générales.

13.3.2. Par l'assureur

- a) Chaque année après expiration d'un délai de un an, moyennant un préavis de deux mois au moins avant la date d'échéance annuelle. Cette faculté ne peut être exercée que pendant les deux premières années d'existence du contrat.
- b) En cas de non-paiement des primes (article L. 113-3 du Code).
- c) Dans les conditions prévues par l'article L. 113-16 du Code telles qu'énoncées précédemment au paragraphe 13.3.1 alinéa b.
- d) Après sinistre le Souscripteur ayant alors le droit de résilier les autres contrats souscrits par lui auprès de l'assureur (article R. 113-10 du Code). Cette faculté ne peut être exercée que pendant les deux premières années d'existence du contrat.
- e) En cas d'omission ou de déclaration inexacte du risque à la souscription ou en cours de contrat (article L. 113-9 du Code) dix jours après notification adressée au souscripteur par lettre recommandée.

- f) en cas de fraude ou de tentative de fraude à l'occasion d'une demande d'indemnisation d'un sinistre.

13.3.3. De plein droit

- a) En cas de retrait de l'agrément de l'assureur (article L.326-12 du Code).
- b) En formule Solo en cas de décès du Souscripteur ou à la date d'échéance annuelle qui suit son 80ème anniversaire. Cependant si le contrat couvre d'autres personnes les droits et obligations du Souscripteur peuvent avec l'accord de l'assureur être transférés à l'une d'entre elles. Le contrat actuellement en vigueur sera résilié et un nouveau contrat sera souscrit en remplacement.
- c) en cas de fixation de domicile de l'assuré hors France métropolitaine ou hors du département de la Réunion.

13.4. Modalités de résiliation

Lorsque le Sociétaire a le droit de résilier le contrat, la notification de la résiliation peut être effectuée, à son choix, par lettre ou tout support durable, par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'assureur, par acte extrajudiciaire, ou tout autre moyen prévu par les présentes Conditions générales. L'assureur confirme par écrit la réception de la notification de résiliation.

La résiliation par l'assureur doit être notifiée au Souscripteur par lettre recommandée à son dernier domicile connu.

Les préavis ou délais courent à partir de la date d'envoi de la lettre recommandée, le cachet de la poste faisant foi.

13.5. Effet de la résiliation

Les garanties cessent à la date d'effet de la résiliation.

Dans le cas de résiliations prévues au paragraphe 13.3.2, alinéas b et f, **les garanties cessent à la date d'effet de la résiliation ainsi que le versement des prestations acquises ou nées au cours du contrat.**

Dans tous les autres cas de résiliation, les prestations acquises ou nées avant la date de résiliation sont maintenues dans la limite de la durée contractuelle des obligations de l'assureur.

14. Déclaration du risque

14.1. À la souscription

Le contrat est établi d'après les déclarations du Souscripteur et la prime est fixée en conséquence.

Le Souscripteur, à défaut l'assuré, doit, **sous peine de sanctions prévues ci-après**, répondre exactement aux questions posées par l'assureur, notamment dans le formulaire de déclaration du risque, sur les circonstances qui sont de nature à faire apprécier par l'assureur les risques qu'il prend en charge.

Ces documents sont adressés à l'assureur qui se réserve le droit de demander au futur assuré de lui fournir toutes précisions ou complément d'informations lui permettant l'appréciation du risque.

14.2. En cours de contrat

Le Souscripteur, à défaut l'assuré, doit, **sous peine de sanctions prévues ci-après**, déclarer à l'assureur, dans un délai de quinze jours à partir du moment où il en a eu connaissance, les circonstances nouvelles qui ont pour conséquence de rendre inexactes ou caduques les réponses faites à l'assureur dans le formulaire de déclaration du risque.

Le Souscripteur doit notamment déclarer à l'assureur tout changement de domicile ou fixation hors de France métropolitaine ou hors du département de la Réunion.

14.3. Sanctions

- a) **Lorsque la réticence ou la fausse déclaration intentionnelle de la part du Souscripteur ou à défaut de l'assuré, a changé l'objet du risque ou en a modifié l'appréciation par l'assureur**, alors même que le risque omis ou dénaturé a été sans influence sur le sinistre, le contrat est nul (article L. 113-8 du Code).
- b) L'omission ou la déclaration inexacte de la part du Souscripteur ou à défaut de l'assuré, dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas de nullité du contrat.

En cas de constatation après sinistre, **l'indemnité de sinistre est réduite en proportion** des primes payées par rapport aux primes qui auraient été dues si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

15. Les primes

15.1. Paiement des primes

La prime ou dans le cas de fractionnement de celle-ci, les fractions de prime, dont le montant est stipulé au contrat, ainsi que les impôts et taxes sur les contrats d'assurance dont la récupération n'est pas interdite, sont payables d'avance au siège social de l'assureur ou au domicile de son mandataire éventuellement désigné par lui à cet effet, sous réserve, lorsque la demande en est faite par le Souscripteur, des dispositions de l'article R. 113-5 du Code.

15.2. Non-paiement des primes

À défaut de paiement d'une prime ou d'une fraction de prime dans les dix jours de son échéance, l'assureur, indépendamment de son droit de poursuivre l'exécution du contrat en justice, peut, par lettre recommandée valant mise en demeure, adressée au Souscripteur à son dernier domicile connu, suspendre la garantie trente jours après l'envoi de cette lettre. L'assureur a le droit de résilier le contrat dix jours après l'expiration du délai de trente jours visé ci-dessus, par notification faite au Souscripteur soit dans la lettre recommandée de mise en demeure, soit par une nouvelle lettre recommandée.

En cas de fractionnement de la prime annuelle, la suspension de la garantie, intervenue pour non-paiement d'une des fractions de prime, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée, sans pour autant dispenser le Souscripteur de l'obligation de payer les fractions de primes devenues exigibles immédiatement.

15.3. Révision de la prime

En fonction des résultats techniques constatés sur une ou plusieurs formules ou sur une catégorie de risques ou de garanties, l'assureur peut être amené à modifier son tarif.

Les primes venant à échéance, postérieurement à cette modification, seront basées sur le nouveau tarif. Le Souscripteur a alors le droit de résilier le contrat dans les quinze jours qui suivent celui où il a eu connaissance de la majoration.

Cette résiliation prend effet un mois après l'envoi d'une lettre recommandée par le Souscripteur, et celui-ci est redevable, jusqu'à la date de résiliation, du prorata de prime calculé sur la base de la prime précédente.

En cas de décès du Souscripteur

En cas de décès du Souscripteur, le contrat produit ses effets à l'égard du ou des assurés, sous réserve qu'ils exécutent les obligations dont le Souscripteur était tenu vis-à-vis de l'assureur et notamment le paiement des primes.

15.4. Indexation

Les montants de garanties et la prime indiqués aux conditions particulières varient en fonction de l'évolution de la valeur du PASS retenue comme valeur de référence. A chaque échéance annuelle, la prime varie proportionnellement à la variation constatée entre la valeur du PASS qui figurait sur la quittance de l'année précédente et celle qui figure sur la quittance de l'année d'assurance qui commence.

La valeur initiale du PASS est mentionnée aux conditions particulières.

16. Prescription

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

Toute action dérivant du présent contrat est prescrite par 2 ans à compter de l'évènement qui y donne naissance. (Article L 114-1 du code ci-dessous).

Articles L.114.1, L.114.2 et L.114.3 du Code

Article L. 114-1

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

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

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

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

Article L. 114-2

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

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.

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription mentionnées à l'article L.114-2 sont celles prévues aux articles 2240 à 2246 du code civil, reproduits ci-dessous :

Article 2240 du code civil : « La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription. »

Article 2241 du code civil : « La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion.

Il 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 2242 du code civil : « L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance. »

Article 2243 du code civil : « L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée. »

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

Article 2245 du code civil : « L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers.

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

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

Article 2246 du code civil : « L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution. »

17. Réclamation

Au cours de la vie du contrat, des difficultés peuvent survenir. Aussi, pour toute demande ou rectification d'information vous concernant ou en cas de litige, vous devez en premier lieu consulter votre interlocuteur habituel (agence, courtier, etc). Si la réponse ne vous satisfait pas, vous pouvez saisir le service relations clientèle (9 boulevard Doret, 97400 Saint Denis, reclamation@anset.fr, téléphone : 262 20 01 20 qui vous répondra au plus tard dans les deux mois suivant la date de réception de votre réclamation. En cas de désaccord persistant après la réponse donnée par le service relations clientèle, si vous êtes un particulier, à condition qu'aucune action judiciaire n'ait été engagée, vous avez la possibilité de saisir la Médiation de l'Assurance par courrier TSA 50110 75441 Paris cedex 09 ou par voie électronique www.mediation-assurance.org.

L'avis du médiateur de l'assurance ne lie pas les parties, lesquelles sont libres d'accepter ou de refuser sa proposition de solution et de saisir le tribunal compétent.

18. Autorité de contrôle

L'Autorité chargée du contrôle d'ANSET Assurances et d'Aréas Assurances est l'autorité de contrôle prudentiel et de résolution 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris cedex 09.

19. Protection des déclarations

Conformément au Règlement 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016, relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données (règlement général sur la protection des données - RGPD), nous vous informons que les données recueillies feront l'objet d'un traitement automatisé par le courtier et l'assureur, responsables de traitement pour la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance et à des fins de prospection et gestion commerciales. Elles pourront être transmises aux sociétés du groupe Aréas Assurances et à ses partenaires aux mêmes fins, y compris en dehors de l'Union Européenne.

Ces données seront conservées pendant toute la durée du contrat puis pour les durées de prescription légales.

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition pour motif légitime, de limitation du traitement, d'effacement ainsi que du droit de définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de vos données à caractère personnel après votre décès. Vous disposez également du droit à la portabilité de vos données à caractère personnel et du droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

L'ensemble de vos droits peut être exercé auprès du Délégué à la Protection des Données personnelles:

- à l'adresse de messagerie suivante : dpo@areas.fr; ou
- par courrier postal à l'adresse suivante: ANSET Assurances, 9 boulevard Doret 97400 Saint Denis.

Vous pouvez obtenir plus d'information sur vos droits sur notre site www.areas.fr ou sur le site de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (www.cnil.fr).

20. Élection de domicile droit applicable

Pour l'exécution du présent contrat, l'assureur fait élection de domicile à **PARIS Ville 49, rue de Miromesnil**.

Le présent contrat est soumis au droit français. De convention expresse tout litige découlant de l'interprétation ou de l'exécution du présent contrat sera soumis aux tribunaux français sans préjudice des dispositions prévues au paragraphe 6 des présentes conditions générales.

21. Renonciation en cas de démarchage

Si la souscription du contrat Protection familiale accidents résulte d'un démarchage du souscripteur à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, alors les dispositions de l'article L. 112-9 du Code des assurances, rappelées ci-dessous, s'appliquent :

« 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 ou par envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités. »

La renonciation entraîne la résiliation du contrat à compter de la date de réception de la lettre recommandée ou de l'envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception. Dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat, le souscripteur ne peut plus exercer ce droit de renonciation.

En cas de renonciation, le souscripteur ne peut être tenu qu'au paiement de la partie de prime ou de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, cette période étant calculée jusqu'à la date de la résiliation.

Modèle de lettre de renonciation

Je soussigné(e) [nom et prénom du souscripteur] demeurant [adresse] renonce à mon contrat Protection familiale accidents souscrit le [date] numéro [numéro du contrat].

Je retourne les exemplaires de mon contrat en ma possession et demande le remboursement de la partie de prime ou de cotisation versée correspondant à la période débutant à compter de la date d'effet de la résiliation et pendant laquelle aucune couverture ne sera accordée.

Fait à [lieu], le [date]

Signature



BUREAU D'ETUDE EN ASSURANCES ET
COURTAGES DE L'OUTRE MER
B.P. 40126 - 97492 Ste Clotilde Cedex
Tél. : 0262 20 01 20
S.A.S. BEACOM - Orias n° 11 063 290
14 rue de la Guadeloupe - Ste Clotilde
N° SIRET : 53292215000018 - APE : 6622Z
RCS ST DENIS TGI 532 922 150