

Conditions Générales



Saint-Christophe
MUTUELLE D'ASSURANCES

Partage votre engagement

Familia



L'Autorité chargée du contrôle de la Mutuelle Saint-Christophe assurances est l'Autorité de
Contrôle Prudentiel et de Résolution – Secteur Assurance (ACPR),
située au 4 place de Budapest 75009 PARIS cedex 9

Sommaire

Définitions	4
Titre I VOTRE GARANTIE ACCIDENT DE LA VIE	5
1.1 L'objet de la garantie des accidents de la vie.....	5
1.2 Les accidents de la vie pris en compte.....	5
1.2.1 Les accidents corporels survenus à l'occasion d'activités courantes.....	5
1.2.2 Les accidents corporels survenus lors d'événements exceptionnels.....	6
1.2.3 Les accidents médicaux.....	6
1.3 Les exclusions.....	7
1.4 La territorialité.....	7
Titre II VOS PRESTATIONS EN CAS D'ACCIDENT DE LA VIE	8
2.1 Les différents types de prestations.....	8
2.2 Les préjudices indemnisés.....	8
Titre III LES SERVICES D'ASSISTANCE	9
3.1 Les services d'assistance immédiate.....	9
3.1.1 Information juridique par téléphone.....	9
3.1.2 Un soutien pratique par téléphone.....	10
3.1.3 Transmissions de messages urgents.....	10
3.1.4 Assistance rapatriement en cas d'accident survenant hors de votre lieu de domicile.....	10
3.2 Les services d'assistance après l'accident.....	10
3.3. Les services d'assistance aux handicapés.....	12
3.4 Les services d'assistance en cas de décès.....	13
TITRE IV LE RECOURS	13
4.1 Définitions.....	13
4.2 Territorialité.....	14
4.3 Conditions de la garantie.....	14
4.4 Étendue de la garantie.....	14
4.5 Frais pris en charge.....	15
4.6 Le choix de l'avocat.....	16
4.7 Subrogation.....	16
4.8 Règlement des désaccords.....	16
4.9 Exclusions.....	16
TITRE V MODALITES D'INTERVENTION EN CAS D'ACCIDENT DE LA VIE	17
5.1 Comment déclarer l'accident ?.....	17
5.2 La réparation des préjudices.....	17
5.2.1 La détermination du taux de déficit fonctionnel permanent.....	18
5.2.2 Les modalités d'expertise médicale.....	18
5.2.3 Les délais d'indemnisation.....	18
5.2.4 Aggravation.....	18
5.3 Comment bénéficier de l'assistance immédiate ?.....	18
Titre VI LA VIE DU CONTRAT	19
6.1 Conclusion et durée du contrat.....	19
6.2 Prescription.....	19
6.3 Fourniture à distance d'opérations d'assurance.....	19
6.4 Souscription par voie de démarchage.....	20
6.5 Résiliation du contrat.....	21
6.6 Cotisations.....	21
6.7 Limites de garantie.....	21
6.8 Examen des réclamations.....	22
6.9 Informations sur l'utilisation de vos données personnelles.....	22

Définitions

Les mots qui figurent sous l'intitulé « Définitions » ont toujours dans le texte le sens correspondant à leur définition.

☛ **Accident**

Événement soudain, imprévu, extérieur, qui cause des lésions corporelles ou le décès.

☛ **Accident garanti**

Accident qui vérifie les conditions de l'article 1.2 des présentes Conditions Générales.

☛ **Assuré**

Les personnes assurées varient en fonction de la formule choisie qui est précisée aux Conditions Particulières ; elles doivent avoir moins de 78 ans à la souscription du contrat.

Il s'agit du souscripteur du contrat seul ou du souscripteur du contrat et de sa famille.

☛ **Bénéficiaire**

- En cas de déficit fonctionnel permanent d'un Assuré : l'Assuré victime de l'accident lui-même.
- En cas de décès d'un Assuré (consécutif à un accident garanti par le contrat) : les membres de la famille couverts par le même contrat et qui justifient avoir subi un préjudice direct du fait du décès, à l'exception des personnes ayant causé volontairement à l'Assuré les dommages dont résulte le décès.

☛ **Date de consolidation**

Il s'agit de la date à laquelle les dommages corporels ont médicalement acquis un caractère permanent tel qu'un traitement n'est plus nécessaire si ce n'est pour éviter une aggravation et qu'il devient possible de déterminer les séquelles dues à l'accident.

☛ **Déficit fonctionnel permanent**

Ce préjudice répare la réduction définitive du potentiel physique, psycho-sensoriel ou intellectuel résultant de l'atteinte à l'intégrité anatomo-physiologique médicalement constatable.

☛ **Déchéance de garantie**

Perte du droit à garantie en raison du non respect par l'assuré de ses obligations légales ou prévues dans les Conditions Générales.

☛ **Domicile**

Lieu de résidence principale et habituelle du bénéficiaire figurant comme domicile sur le contrat d'assurance.

☛ **Famille**

Nous entendons par « famille » : le souscripteur et sa famille.

Nous entendons par « famille du souscripteur » l'ensemble des personnes suivantes :

- le conjoint (non séparé de corps ou de fait), le concubin (qu'il soit ou non cosignataire d'un Pacs) du souscripteur,
- les enfants légitimes, naturels, ou adoptifs, du souscripteur, et ceux de son conjoint (non séparé de corps ou de fait) ou de son concubin, résidant sous son toit à l'adresse indiquée aux Conditions Particulières,
- les enfants mineurs du souscripteur, et ceux de son conjoint (non séparé de corps ou de fait) ou de son concubin, même s'ils ne résident pas sous son toit,
- les enfants majeurs célibataires du souscripteur, et ceux de son conjoint (non séparé de corps ou de fait) ou de son concubin, habitant en dehors de chez lui lorsqu'ils ont moins de vingt-six ans et qu'ils poursuivent leurs études.

◀ Nous

L'assureur précisé aux Conditions Particulières et dont la raison sociale figure aux Conditions Générales du contrat.

◀ Seuil d'intervention

Il s'agit du taux de déficit fonctionnel permanent d'un assuré en deçà duquel nous n'intervenons pas et ce pour quelque préjudice que ce soit.

Exemple en cas d'accident garanti et pour un seuil d'intervention de 5 % :

- si votre taux de déficit fonctionnel permanent est de 2 %, nous n'intervenons pas et ce pour quelque préjudice que ce soit,
- si votre taux de déficit fonctionnel permanent est de 8 %, nous intervenons à concurrence de ces 8 %.

◀ Souscripteur

Le souscripteur est désigné aux Conditions Particulières du contrat.

Il doit obligatoirement :

- résider en France à Monaco ou en Andorre,
- avoir plus de 18 ans et moins de 78 ans à la souscription du contrat.

◀ Vous

Dans ce contrat, il peut s'agir soit du souscripteur soit des personnes assurées.

Titre I

Votre garantie accident de la vie

I.1 L'objet de la garantie des accidents de la vie

Le présent contrat, régi par le Code des Assurances, a pour objet d'indemniser et d'assister les personnes assurées en cas d'accident corporel, causant des préjudices physiques, économiques ou moraux, dès lors que :

- ◀ le taux de déficit fonctionnel permanent directement imputable à l'accident est au moins égal au seuil d'intervention indiqué aux Conditions Particulières du contrat,
- ◀ ou que l'accident entraîne le décès.

Le présent contrat sera sans effet et l'assureur ne sera pas tenu de payer une indemnité ou de fournir des garanties au titre du présent contrat dès lors que l'exécution du contrat exposerait l'assureur aux sanctions, interdictions ou aux restrictions résultant des résolutions des Nations Unies ou aux sanctions économiques ou commerciales prévues par les lois ou règlements édictés par l'Union Européenne, le Royaume-Uni ou les Etats-Unis d'Amérique.

I.2 Les accidents de la vie pris en compte

Peuvent être garantis, sous réserve qu'ils vérifient les conditions de territorialité (article 1.4 des présentes Conditions Générales) et ne fassent pas partie des exclusions (article 1.3 des présentes Conditions Générales), les accidents suivants :

I-2.1 Les accidents corporels survenus à l'occasion d'activités courantes

Nous prenons en compte les accidents corporels survenus lors d'activités courantes (domestiques, scolaires, de loisirs...), pendant la période d'effet des garanties.

I-2.2 Les accidents corporels survenus lors d'événements exceptionnels

Nous prenons en compte les accidents survenus pendant la période d'effet des garanties et résultant d'événements tels que :

- les catastrophes naturelles, industrielles ou technologiques,
- les agressions, les actes de vandalisme,
- les actes de terrorisme, les attentats, les infractions relevant des articles 706-3 et suivants du Code de procédure pénale,
- les mouvements populaires et les rassemblements sur la voie publique.

Nous ne prenons pas en compte les accidents résultant de votre participation volontaire à ces événements exceptionnels.

I-2.3 Les accidents médicaux

Nous prenons en compte les accidents résultant d'actes ou de traitements médicaux :

- prescrits et réalisés par un professionnel de santé autorisé à exercer par la législation et la réglementation du pays dans lequel ils ont lieu,
- conformes aux nomenclatures en vigueur en France, ou assimilables à ces nomenclatures hors de France,
- ayant des conséquences dommageables pour la santé, anormales et indépendantes de l'évolution de l'affection ou du traumatisme en cause et de l'état antérieur,
- qui ont eu lieu après le 1^{er} janvier 2000 et dont la première manifestation dommageable se révèle pendant la période de garantie.

Par dérogation à l'exclusion des accidents de la circulation impliquant un véhicule terrestre à moteur telle qu'elle figure au paragraphe 1.3, sont garantis les Assurés :

- conduisant un véhicule à quatre roues qui a été loué pour une durée inférieure à trois mois,
- de moins de 12 ans lorsqu'ils conduisent un véhicule à moteur pour enfant,
- lorsqu'ils conduisent un engin de jardinage autoporteur ou un fauteuil roulant,
- victimes d'un accident de la circulation dans lequel leur propre véhicule terrestre à moteur est impliqué, **alors qu'ils n'avaient plus ou pas encore la qualité de conducteur de ce véhicule au moment des faits.**

I.3 Les exclusions

Nous ne prenons pas en compte :

- Les suites et les conséquences de maladies (par exemple : les affections cardio-vasculaires et vasculaires-cérébrales, affections tendineuses et musculaires, pathologies disco-vertébrales et rhumatismales, hernies de toutes natures), sauf si elles résultent directement de l'accident garanti ;
- dans tous les cas les maladies répertoriées ci-après, même si elles résultent directement de l'accident garanti :
 - chikungunya,
 - dengue,
 - paludisme,
 - trypanosomiase ;
- Les accidents du travail, incluant les accidents de trajet ;
- Les accidents survenant dans le cadre :
 - de la pratique d'un sport rémunéré ou exercé à titre professionnel,
 - d'activités publiques, électives ou syndicales ;
- les dommages ou aggravations de dommages survenant dans le cadre de la guerre civile ou étrangère ;
- Les accidents de la circulation qui surviennent en France métropolitaine, dans les Départements et Régions d'Outre-Mer – les collectivités d'Outre-Mer, à Monaco, en Andorre, dans les territoires des états membres de l'Union Européenne ou dans les autres états mentionnés sur le certificat international d'assurance et non rayés, lorsque ces accidents impliquent un véhicule terrestre à moteur soumis à l'obligation de l'assurance, ses remorques ou ses semi-remorques ;
- Les accidents causés par l'Assuré qui ne respecte pas la réglementation impérative en cas de circulation avec un moyen autre qu'un véhicule terrestre à moteur ;
- Les accidents survenus sous l'emprise de stupéfiants, constitutive d'une infraction pénale, de médicaments de nature à modifier le comportement ou d'un état alcoolique correspondant à une infraction relevant du Code de la route en vigueur en France ;
- Les accidents survenus dans le non-respect par l'Assuré de la réglementation impérative en cas de circulation avec un moyen autre qu'un véhicule terrestre à moteur ;
- Les conséquences de tout dommage que l'Assuré s'est causé intentionnellement ;
- Les conséquences du suicide ou d'une tentative de suicide de l'assuré ;
- Les dommages ou aggravations de dommages d'origine nucléaire résultant d'explosion, de dégagement de chaleur ou d'irradiation provenant de la transmutation de noyaux d'atomes ou de la radioactivité, de radiation par accélération artificielle de particules ;
- Les accidents et traitements médicaux résultant d'expérimentations biomédicales ;
- Le dommage résultant de la participation de l'Assuré ou du bénéficiaire à un crime, à un délit intentionnel, ou à une rixe sauf cas de légitime défense ou d'assistance à personne en danger.

I.4 La territorialité

Nous prenons en compte les accidents qui surviennent :

- en France métropolitaine, dans les Départements et Régions d'Outre-Mer, les Collectivités d'Outre-Mer,
- dans les territoires des États membres de l'Union Européenne,
- à Monaco, en Andorre, en Islande, au Lichtenstein, en Norvège, à Saint-Marin, en Suisse et au Vatican,
- dans le reste du monde pour les voyages et séjours n'excédant pas une durée continue de trois mois.

Vos prestations en cas d'accident de la vie

2.1 Les différents types de prestations

En cas d'accident garanti, tel que défini dans ce contrat, nous intervenons à deux niveaux :

Si l'accident entraîne un déficit fonctionnel permanent dont le taux est au moins égal au seuil d'intervention de votre contrat ou cause le décès :

- nous vous indemnisons pour les préjudices subis (article 2.2 des présentes Conditions Générales),
- nous vous faisons bénéficier de services d'assistance aux handicapés ou en cas de décès (articles 3.3 et 3.4 des présentes Conditions Générales).

Dans tous les cas :

- nous vous faisons bénéficier de services d'assistance immédiate et après l'accident, et ce même si le seuil d'intervention de votre contrat n'est pas atteint (articles 3.1 et 3.2 des présentes Conditions Générales).

2.2 Les préjudices indemnisés

À la suite d'un accident garanti, nous intervenons en fonction des garanties et limites du contrat, dont le « seuil d'intervention » indiqué dans vos Conditions Particulières.

Les préjudices sont évalués et indemnisés **selon le droit commun français**.

L'évaluation des préjudices a donc un caractère indemnitaire par opposition à d'autres régimes d'évaluation dits « forfaitaires ». Cela signifie que l'indemnisation tient compte de la situation de chaque personne accidentée (âge, profession, revenus...), et des usages indemnitaires en vigueur au moment du sinistre.

En cas d'accident garanti, nous prenons en compte les conséquences :

- des dommages corporels du ou des Assurés,
- du décès du ou des Assurés pour le ou les bénéficiaire(s) de la garantie.

En cas de dommages corporels, nous intervenons pour un accident garanti si le taux de déficit fonctionnel permanent imputable à cet accident est égal ou supérieur au seuil d'intervention précisé dans vos Conditions Particulières.

• Les préjudices indemnisés comprennent :

- le déficit fonctionnel permanent (DFP),
- le coût de l'assistance d'une tierce personne après consolidation (ATP),
- les frais de logement adapté (FLA),
- les frais de véhicule adapté (FVA)
- la perte de gains professionnels futurs (PGPF)
- les souffrances endurées (SE),
- le préjudice esthétique permanent (PEP),
- le préjudice d'agrément (PA).

Le bénéficiaire de la garantie est l'Assuré victime de l'accident lui-même.

En cas de décès :

Nous intervenons à condition que ce décès soit exclusivement lié à l'accident garanti en cause.

Dans le cas où le contrat comporte un seul Assuré et dans le cas où la famille du souscripteur est couverte par le contrat, nous remboursons les frais funéraires, en fonction des frais réels déboursés et dans la limite indiquée aux Conditions Particulières, à la personne justifiant les avoir réglés.

Dans le cas où la famille du souscripteur est couverte par le contrat, nous indemnisons également les bénéficiaires pour les préjudices qu'ils justifient avoir subis du fait du décès de l'Assuré. Les préjudices indemnisés comprennent :

- **le préjudice d'affection (PAF)**
- **les pertes de revenus des proches (PR),**
- **les frais divers des proches (FD),**
- **les frais d'obsèques (FO).**

Si l'assuré décède des suites de l'accident et postérieurement au versement de l'indemnité due au titre de ses séquelles, les indemnités dues au titre du décès peuvent être versées déduction faite des sommes déjà réglées par nous au titre des postes de préjudices garantis, dans la limite du montant du plafond de garantie.

Les indemnités déjà réglées antérieurement au décès, si elles sont supérieures à celles qui sont dues au titre du décès, restent acquises aux bénéficiaires.

Dans tous les cas, nous intervenons dans les limites fixées dans vos Conditions Particulières ;

Aucune indemnité ne sera versée :

- **pour les dépenses de santé actuelles (DSA),**
- **pour les pertes de gains professionnels actuels (PGPA).**

Titre 3

Les services d'assistance

3.1 Les services d'assistance immédiate

En cas d'accident garanti tel que défini dans ce contrat et même si le seuil d'intervention n'est pas atteint, vous bénéficiez des services d'assistance suivants :

3.1.1 Information juridique par téléphone

Vous bénéficiez, **selon les conditions mentionnées-ci-après**, de l'intervention de JURIDICA (S.A. au capital de 14 627 854, 68 € - 572 079 150 R.C.S Versailles – 1 place Victorien Sardou 78160 Marly-le Roi), Société autonome et spécialisée dans l'assurance de protection juridique, mandatée à cet effet par nous pour mettre en œuvre les garanties.

En prévention d'un éventuel litige, nous vous renseignons par téléphone sur vos droits et obligations et vous orientons sur les démarches à entreprendre (du lundi au vendredi, sauf jours fériés, de 9h30 à 19h30, au 01.30.09.91.90).

Nos juristes vous délivrent une information juridique et pratique **liée à votre vie privée, relevant du droit français ou du droit monégasque dans les domaines suivants :**

- protection sociale : Sécurité Sociale, retraite
- protection administrative et fiscale : Fiscalité, succession, donation
- protection individuelle : Atteinte à l'intégrité physique ou morale
- recours médical
- responsabilité d'un professionnel de santé ou d'un établissement de soins
- législation des tutelles, curatelles

3.1.2 Un soutien pratique par téléphone

Sur simple appel téléphonique, vous bénéficiez des renseignements suivants :

- des informations pratiques, administratives et sociales,
- la communication de coordonnées des services d'urgence, d'associations de soutien,
- les démarches administratives à entreprendre (déclaration à la police, à la Sécurité sociale).

3.1.3 Transmissions de messages urgents

Nous nous chargeons de transmettre gratuitement, par les moyens les plus rapides, vos messages vers les membres de votre famille, vos proches ou votre employeur, si vous vous trouvez dans l'impossibilité matérielle de transmettre un message urgent et si vous en faites la demande.

Nous ne jouons que le rôle d'intermédiaire pour leur transmission, les messages restent sous la responsabilité de leurs auteurs qui doivent pouvoir être identifiés et n'engagent qu'eux.

3.1.4 Assistance rapatriement en cas d'accident survenant hors de votre lieu de domicile

Si l'accident a lieu pendant un déplacement à plus de 30 km de votre domicile

Ces garanties sont accordées dans le monde entier, pour des séjours de moins de 90 jours consécutifs à l'étranger.

Nous organisons et prenons en charge :

- le rapatriement sanitaire du bénéficiaire décidé par notre équipe médicale en accord avec le(s) médecin(s) sur place,
- le retour ou le transfert chez un proche des Assurés et des animaux (deux maximum) voyageant avec vous,
- l'acheminement d'un proche à votre chevet pour une hospitalisation de plus de 10 jours,
- la prolongation de séjour des personnes assurées suite à votre hospitalisation ou en attente de votre rapatriement à concurrence de 46 € par jour et par bénéficiaire, dans la limite de 458 €,
- les frais de secours sur piste, sans franchise kilométrique, dans la limite de 305 €,
- les frais médicaux, chirurgicaux, hospitaliers, pharmaceutiques à l'étranger dans la limite de 7 623 €, avec une franchise de 45 € par événement (pour les soins dentaires d'urgence, la limite est de 153 €). La garantie est acquise uniquement lorsque le bénéficiaire est affilié à un régime de prévoyance le garantissant pour le remboursement des frais médicaux et chirurgicaux,
- le soutien psychologique (article 3.2 des présentes Conditions Générales).

3.2 Les services d'assistance après l'accident

En cas d'accident garanti et même si le seuil d'intervention n'est pas atteint, nous vous accompagnons pendant votre convalescence :

Des informations et des conseils personnalisés

Dès que vous nous en ferez la demande, nous nous engageons à vous communiquer les renseignements attendus soit immédiatement, soit en vous rappelant au cas où nous aurions des recherches à effectuer.

Vous bénéficiez des informations et conseils concernant :

- les hôpitaux, cliniques spécialisées, centres de rééducation,
- les centres d'hébergement,
- la vie à domicile, l'habitation, son aménagement et les matériels spécifiques,
- les ressources, la protection sociale, l'emploi, les aides disponibles,
- les activités, loisirs,
- les associations œuvrant dans le domaine du handicap,
- la communication de coordonnées d'association de soutien, d'aide aux aidants.

Un soutien psychologique

En cas d'accident garanti et en accord avec notre équipe médicale, pour la victime de l'accident et / ou ses proches, vous bénéficiez de 6 entretiens téléphoniques maximum.

Cette prestation est aussi acquise en cas d'accident à plus de 30 km du domicile ou en cas de décès.

En cas d'hospitalisation de plus de 2 jours ou d'immobilisation au domicile de plus de 4 jours

Nous organisons et prenons en charge, une fois par accident garanti (pour l'ensemble des prestations, le nombre d'heures attribué sera évalué par l'équipe médicale du service assistance) :

- **une aide-ménagère à domicile** : recherche et prise en charge à domicile : 40 heures maximum dans les trois semaines suivant la date de l'évènement avec un minimum de 2 heures consécutives par jour. Demande formulée dans les 8 jours après la date de l'incident.
- **une garde-malade à domicile** : 40 h maximum avec un minimum de 4 h consécutives par jour, réparties sur 3 semaines,
- **la venue d'un proche à votre domicile** pour soutenir votre conjoint ou pour s'occuper de vos enfants de moins de 18 ans OU de vos ascendants dépendants, OU le transfert de vos enfants de moins de 18 ans chez un proche résidant en France, à Monaco ou en Andorre, OU la garde de vos enfants à domicile OU de vos ascendants dépendants (15 h maximum avec minimum de 2 h consécutives par jour réparties sur 3 semaines). En cas de garde des enfants, cette personne en fonction de l'âge de vos enfants assurera aussi leur accompagnement à l'école ou à leurs activités extrascolaires,
- **les frais hospitaliers** pour rester au chevet de votre enfant ou de votre conjoint hospitalisé dans la limite de 5 nuits et de 60 € par nuit,
- **la présence d'un proche** à votre chevet si aucun proche ne se trouve à moins de 50 km de votre lieu de domicile (nous prenons en compte le transport et les frais d'hôtel dans la limite de 6 nuits à concurrence de 80 € par nuit),
- **le transfert des animaux de compagnie** (chiens et chats, au maximum deux) chez un proche, OU le transfert jusqu'à la pension la plus proche du domicile avec une prise en charge de 250 € maximum pour l'ensemble des animaux (y compris les frais de nourriture),
- **le transport aller-retour à l'hôpital**, dans un rayon de 50 km à partir de votre domicile, pour des examens médicaux prescrits par le médecin, dans la limite d'un mois après la survenance de l'accident.
- **courses de proximité** : Organisation et prise en charge d'une aide à domicile pour réaliser vos achats dans le voisinage immédiat si vous êtes dans l'incapacité de vous déplacer pour effectuer des courses de proximité. Garantie accordée dans les 30 jours suivants la date de l'incident avec un maximum de 2 livraisons dans la limite de 5 heures au total. Le coût des achats reste à votre charge. Le poids des courses ne doit pas être supérieur à 5 Kg et le montant confié reste de votre responsabilité.
- **livraison de médicaments** : organisation et prise en charge de la recherche et de l'acheminement des médicaments indispensables à votre traitement sur présentation d'une prescription médicale (ordonnance) de moins de 3 mois. Garantie accordée dans les 30 jours qui suivent la date de l'incident avec un maximum de 2 livraisons de médicaments.

En aucun cas, nous ne sommes chargés d'une quelconque transmission de recommandation entre vous et le pharmacien. Le coût des médicaments reste à votre charge.

En cas de convalescence à domicile

Pour vous accompagner lors de votre convalescence, nous mettons à votre disposition les services à domicile suivant :

● Une école à domicile

Ce soutien concerne les enfants scolarisés en France dans un établissement français pour y suivre des cours allant du cours préparatoire à la terminale.

Si votre enfant, assuré au contrat, n'a pas pu être scolarisé pendant plus de quinze jours consécutifs suite à un accident garanti, nous recherchons un répétiteur. Celui-ci dispense à l'enfant des cours dans les matières principales : français, mathématiques, histoire, géographie, physique, biologie, langues vivantes.

Nous prenons en charge les honoraires pour l'ensemble des matières dans la limite de quinze heures jusqu'à la reprise des cours. Ces cours sont dispensés à domicile.

● Une organisation des services à domicile

Nous recherchons le prestataire qui pourra vous aider dans la vie courante et vous mettons en relation avec lui pour :

- le transport / l'accompagnement (ex : visite chez le médecin, le coiffeur, à la poste, à la banque...),
- la livraison des courses,
- la livraison de repas à domicile, service de linge, coiffeur, pédicure, kinésithérapeute,
- l'aide à domicile,
- le garde malade,
- le personnel à caractère médical, paramédical ou de confort,
- la présence d'une dame de compagnie (personne venant faire la lecture, jouer aux cartes...),
- le fournisseur de matériel médical ou d'équipement du domicile,
- les petits dépannages (serrurerie, plomberie, électricité...),
- le petit jardinage (tondre la pelouse, couper une haie...).

Le coût de ces services reste à votre charge.

3.3 Les services d'assistance aux handicapés

En cas d'accident garanti et si le seuil d'intervention du contrat est atteint, vous bénéficiez des services d'assistance aux handicapés suivants :

Des conseils en ressources sociales et une aide dans les démarches administratives

Nous organisons et prenons en charge l'audit de la situation par téléphone et un accompagnement dans la constitution de dossiers d'aide aux handicapés.

Une aide à l'adaptation de votre logement

Dès le constat médical du déficit fonctionnel permanent, nous prenons en charge la réalisation d'un bilan de vos capacités physiques et mentales, afin d'évaluer leur adéquation aux spécificités de votre logement. Ce bilan est effectué par un spécialiste qui intervient, soit par téléphone, soit sur place.

Après la remise de ce bilan, nous prenons en charge, dans la limite de 460 €, l'intervention d'un expert qui détermine et évalue financièrement les mesures à prendre en vue d'adapter votre logement à vos besoins. Afin de vous permettre de disposer de devis détaillés pour des aménagements ou des travaux nécessaires, nous organisons, à votre demande, le déplacement de professionnels.

La recherche de fournisseurs spécialisés en produits d'équipement du domicile ou d'équipement médicalisé

À la demande de l'Assuré et après analyse de ses besoins, nous recherchons et proposons une sélection appropriée de fournisseurs pour l'achat d'équipements du domicile, de matériel médicalisé et de produits de soin non consommables.

Le coût de ces fournitures, équipements et matériel ou produits reste à votre charge.

Une aide à l'adaptation du véhicule

Nous vous aidons pour la recherche d'entreprises spécialisées dans la conception et l'aménagement de véhicules automobiles pour les personnes à mobilité réduite.

Une aide à l'emménagement dans un établissement spécialisé

Nous vous aidons pour les démarches suivantes :

- information, conseil et mise en relation avec des établissements adaptés à votre handicap,
- information, conseil et mise en relation avec des sociétés de déménagement.

Une aide au retour à la vie professionnelle

Nous organisons et prenons en charge l'intervention d'un consultant spécialisé en recherche d'emploi qui réalise une étude personnelle pour votre reconversion professionnelle, dans la limite de 5 entretiens téléphoniques avec un maximum de 2 h chacun.

3.4 Les services d'assistance en cas de décès

En cas de décès d'une personne assurée suite à un accident, vous bénéficiez des services d'assistance suivants :

Des informations et des conseils téléphoniques concernant :

- les démarches à entreprendre après le décès,
- l'organisation des obsèques.

Un soutien psychologique (article 3.2 des présentes Conditions Générales)

Si l'accident a lieu pendant un déplacement à plus de 30 km du domicile

Si le bénéficiaire décède à plus de 30 km de son domicile, nous organisons et prenons en charge le transport de la dépouille mortelle jusqu'au lieu d'inhumation en France métropolitaine.

Nous prenons également en charge le coût du cercueil, lié au transport organisé par nous-mêmes, à hauteur de 763 € maximum. Nous organisons et prenons en charge le retour par train 1^{ère} classe ou par avion classe économique, d'un ou des accompagnateurs du bénéficiaire au moment du décès (proches et animaux voyageant avec le défunt).

Pour reconnaître le corps et / ou assister à l'inhumation sur place, nous mettons à disposition un billet aller-retour en avion classe économique ou en train 1^{ère} classe pour un proche du bénéficiaire, afin que celui-ci puisse se rendre sur le lieu du décès du bénéficiaire.

Organisation des obsèques

En cas de décès du bénéficiaire, nous mettons à disposition d'un de ses proches un service d'information téléphonique sur les démarches administratives à suivre et le mettons en relation avec un conseiller spécialisé afin d'organiser les obsèques.

Titre 4

Le recours

Pour bénéficier de la garantie « Recours », il est impératif :

- que vous déclariez le litige préalablement à toute démarche et initiative personnelle consistant notamment à saisir un avocat de votre choix,
- que vous nous fournissiez une information précise et toutes les pièces dont nous pourrions avoir besoin, sans omettre les documents procéduraux s'il y en a.

4.1 Définitions

Dans le cadre du présent chapitre, on entend par :

- « litige » : l'opposition d'intérêts, le différend, la situation conflictuelle ;
- « recours » : toute action consistant à faire valoir vos droits à l'encontre d'un tiers ayant participé partiellement ou totalement à la réalisation des préjudices que vous avez subis.

4.2 Territorialité

Par dérogation partielle à l'article 1.4 des présentes Conditions Générales, la garantie « Recours » s'applique aux litiges découlant de faits et d'évènements :

- survenus exclusivement dans les pays énumérés ci-après ;
- qui relèvent de la loi et de la compétence de l'un de ces pays et pour lesquels l'exécution des décisions rendues s'effectue dans cette même sphère géographique : France métropolitaine et DROM-COM, Allemagne, Andorre, Autriche, Belgique, Danemark, Espagne, Finlande, Grande-Bretagne, Grèce, Irlande, Italie, Liechtenstein, Luxembourg, Monaco, Norvège, Pays-Bas, Portugal, Saint-Marin, Saint-Siège, Suède et Suisse.

4.3 Conditions de la garantie

Pour bénéficier de la garantie « Recours », outre les impératifs mentionnés en tête du présent chapitre, il faut :

- qu'il y ait litige avec un tiers,
- que le préjudice subi provienne exclusivement d'un événement garanti (article 1.2 des présentes Conditions Générales),
- que le fait, l'événement ou la situation source du litige garanti survienne entre la date d'entrée en vigueur de la garantie et la date de résiliation du contrat ou de cessation de la garantie

Dérogation: pour les accidents résultant d'actes ou de traitements médicaux, la garantie « Recours » est acquise à condition que la première manifestation dommageable se révèle pendant la période de garantie et à condition que le fait générateur du dommage se soit produit postérieurement au 01.01.2000.

Sous réserve du respect de ces conditions, et à réception de votre déclaration, nous émettons un avis et prenons position. En cas de désaccord quant à la manière de régler le litige, vous pouvez recourir à la procédure spécifique de conciliation (article 4.8 des présentes Conditions Générales).

Pour toute autre réclamation, la procédure à l'article 6.8 des présentes Conditions Générales vous est ouverte.

4.4 Étendue de la garantie

Nous vous proposons, selon les cas :

- de vous assister dans vos démarches vis à vis des tiers,
- d'exercer les recours à titre amiable pour votre compte,
- de vous faire assister en demande dans le cadre d'une procédure judiciaire,
- de vous faire représenter en demande dans une procédure judiciaire.

4.5 Frais pris en charge

Nous prenons en charge, dans la limite d'un plafond global de 10 000 € pour l'ensemble des frais et honoraires engagés pour la résolution de l'ensemble des litiges découlant d'un même événement :

- les frais de constitution de dossier que nous avons engagés,
- les honoraires d'experts que nous avons mandatés ou qui résultent d'une expertise diligentée sur décision de justice,
- les frais taxables et émoluments d'avocats, d'avoués, d'auxiliaires de justice,
- les autres dépens taxables, à l'exclusion des droits proportionnels mis à la charge de l'Assuré créancier par un huissier de justice.
- les honoraires et frais non taxables d'avocats dans la limite des montants ci-dessous, montants qui ne font pas l'objet d'une indexation :

Les montants indiqués ci-dessous s'entendent hors taxes et comprennent les frais de secrétariat, de déplacements et de photocopies. Ils sont majorés de la TVA en vigueur au jour de la facturation.

Assistance à expertise Assistance à mesure d'instruction Recours pré contentieux en matière administrative Représentation devant une commission administrative, civile ou disciplinaire	193 € Pour la première intervention 97 € Pour chacune des interventions suivantes
Transaction définitive ayant abouti à un protocole signé par les parties	258 € Par affaire*
Médiation ou conciliation ayant abouti et constatée par le juge	258 € Par affaire*
Ordonnance, quelle que soit la juridiction de référé	321 € Par ordonnance
Tribunal de police sans constitution de partie civile de l'Assuré	258 € Par affaire*
Tribunal de grande instance, Tribunal de commerce, Conseil de prud'hommes, Tribunal administratif	707 € Par affaire*
Juge de l'exécution	321 € Par décision
Toutes autres juridictions de première instance	515 € Par affaire*
Appel en matière pénale	578 € Par affaire*
Appel toutes autres matières	772 € Par affaire*
Cour d'assises Cour de cassation et Conseil d'État	1285 € Par affaire* (y compris les consultations)

* Affaire: la saisine d'une juridiction par des parties qui s'opposent sur des mêmes faits afin que leurs positions soient tranchées.

Juridictions étrangères

Lorsque l'affaire est portée devant des juridictions étrangères, le montant retenu est celui de la juridiction française équivalente. A défaut, le plafond applicable est celui du niveau de juridiction concerné.

4.6 Le choix de l'avocat

Lorsqu'il est fait appel à un avocat pour résoudre amiablement le litige, vous assister ou vous représenter en justice, vous disposez toujours du libre choix de votre avocat.

A ce titre :

- vous pouvez saisir directement un avocat de votre connaissance. Dans ce cas, vous devez nous en informer au préalable et nous communiquer ses coordonnées ;
- vous pouvez également si vous le souhaitez et en formuler la demande par écrit, choisir l'avocat dont nous pouvons vous proposer les coordonnées.

Dans tous les cas, vous négociez avec l'avocat le montant de ses frais et honoraires dans le cadre d'une convention d'honoraires.

4.7 Subrogation

Nous sommes substitués, dans la limite des sommes que nous vous avons payées directement ou dans votre intérêt, dans vos droits et actions pour le recouvrement des sommes qui vous sont allouées notamment au titre des dépens et de l'article 700 du Nouveau Code de Procédure Civile ou son équivalent. Toutefois si vous justifiez de frais restés à votre charge, que vous avez payés dans l'intérêt de la procédure, vous récupérez ces indemnités en priorité.

4.8 Règlement des désaccords

Tout conflit d'intérêts, tout désaccord entre vous et nous quant à la manière de régler le litige peut être soumis à un conciliateur désigné d'un commun accord ou, à défaut, par le Président du Tribunal de Grande Instance statuant en la forme des référés.

Les frais ainsi exposés sont à notre charge, sauf en cas de décision contraire du Président du Tribunal de Grande Instance statuant en la forme des référés.

Si contrairement à notre avis ou éventuellement à celui du conciliateur, vous avez engagé des frais de procédure contentieuse et obtenu une solution plus favorable que celle qui vous a été proposée par le conciliateur ou par nous, ces frais vous sont remboursés sous réserve de garantie et dans les limites prévues au tableau (article 4.5 des présentes Conditions Générales).

4.9 Exclusions

Nous ne garantissons pas au titre de la garantie « Recours » :

- Les situations litigieuses dont vous aviez connaissance antérieurement à la souscription du présent contrat ;
- Les litiges relatifs à des préjudices corporels causés par des événements autres que ceux garantis par le présent contrat ;
- Les honoraires des mandataires, quels qu'ils soient, fixés en fonction de l'intérêt en jeu ou en fonction du résultat définitif ou espéré des procédures.

Par ailleurs, la garantie « Recours » n'est pas acquise lorsque les intérêts en jeu ont une valeur inférieure ou égale à 245 € étant précisé que si les intérêts en jeu ont une valeur supérieure à 245 €, nous intervenons au titre du présent chapitre pour le montant global de votre recours.

Modalités d'intervention en cas d'accident de la vie

5.1 Comment déclarer l'accident ?

Vous devez :

- nous déclarer, de la façon la plus complète et précise possible, les circonstances et les conséquences de l'accident **dans un délai de cinq jours ouvrés** à compter de sa survenance,
- nous transmettre, lors de votre déclaration, toute pièce, tout justificatif de nature à établir la survenance de l'accident, la réalité des préjudices subis et le lien de causalité entre ces préjudices et l'accident. Vous devez notamment nous transmettre le certificat médical initial que vous aurez fait établir tout de suite après l'accident ou le certificat de décès.

Si vous faites sciemment de fausses déclarations sur la nature et les causes, circonstances et conséquences d'un sinistre, vous serez déchu de tout droit à la garantie pour la totalité de ce sinistre.

Après la déclaration, vous vous engagez à :

- accepter de vous soumettre à tout examen médical que nous vous demanderons,
- recevoir toute personne que nous mandaterons,
- nous transmettre tout document que nous serions amenés à vous demander,
- nous faire connaître les éventuels autres assureurs pouvant intervenir dans votre indemnisation,
- nous renseigner sur l'éventuelle participation d'un tiers dans la survenance de l'accident, et, le cas échéant, nous indiquer ses coordonnées,
- nous déclarer toute somme perçue ou à percevoir au titre du même accident.

Il importe que vous respectiez l'ensemble de ces engagements pour éviter tout risque de déchéance de votre garantie.

5.2 La réparation des préjudices

En cas de dommages corporels ou de décès consécutifs à un accident garanti, nous verserons l'ensemble des indemnités sous déduction des prestations indemnitaires :

- versées ou à verser en réparation des mêmes préjudices ou en remboursement des mêmes frais funéraires,
- versées ou à verser par les tiers payeurs, par tout autre régime de prévoyance ou association d'entraide, ou au titre de tout autre contrat d'assurance.

Lorsque les circonstances de l'accident permettent, à titre quelconque, une action totale ou partielle contre un tiers responsable, les indemnités sont considérées comme une avance sur recours.

Les personnes indemnisées nous autorisent à nous substituer à leurs droits et obligations contre le(s) tiers responsable(s).

Cette « subrogation » est toutefois limitée au montant des sommes payées par nous.

5.2.1 La détermination du taux de déficit fonctionnel permanent

Le taux de déficit fonctionnel permanent, ou taux d'atteinte permanente à l'intégrité physique et psychique, est déterminé par référence au « Barème d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun » – Concours médical –, dernière édition parue à la date de l'expertise médicale.

L'évaluation se fonde sur un rapport médical établi par un médecin diplômé de la réparation du préjudice corporel.

Si l'Assuré est déjà atteint de déficit fonctionnel permanent au moment de l'accident, nous ne tiendrons compte que du seul taux de déficit fonctionnel permanent imputable à cet accident, tant pour le déclenchement du seuil d'intervention que pour l'évaluation des indemnités.

5.2.2 Les modalités d'expertise médicale

- L'Assuré peut se faire assister à ses frais d'un médecin de son choix.
- En cas de désaccord sur les conclusions de l'expertise, les parties peuvent décider de confier la mission à un médecin agissant en qualité de tiers expert. Dans cette hypothèse, les frais et honoraires du tiers expert sont supportés à parts égales par l'Assuré et par nous.
- En cas de désaccord sur le choix du tiers expert ou sur les conclusions de l'expertise, les parties peuvent convenir de faire désigner un médecin par le Président du Tribunal de Grande Instance. Le Président du Tribunal de Grande Instance est saisi aux frais de la société d'assurance, par requête signée des deux parties ou d'une seulement, l'autre ayant été convoquée par lettre recommandée.
- Le médecin expert doit adresser un double du rapport de l'expertise médicale à l'Assuré dans les vingt jours suivants l'examen.

5.2.3 Les délais d'indemnisation

Nous nous engageons à vous faire une offre définitive d'indemnisation dans un délai de trois mois suivant la date à laquelle nous avons été informés de la « consolidation » des dommages corporels ou du décès.

Dans le cas de dommages corporels pour lesquels le médecin expert ne peut conclure de façon définitive mais estime que le déficit fonctionnel permanent imputable à l'accident dépassera le seuil d'intervention indiqué dans vos Conditions Particulières, nous nous engageons à vous faire une offre provisionnelle dans le mois suivant la date à laquelle le rapport de l'expertise médicale nous a été communiqué.

Nous nous engageons à vous verser les sommes convenues dans un délai de quinze jours suivant votre acceptation de l'offre.

Ces dispositions ne sont valables que si les conditions sont réunies pour justifier notre intervention au titre du présent contrat, en particulier si vous avez effectué toutes les démarches nécessaires.

5.2.4 Aggravation

L'évolution de votre état séquellaire, si elle est en relation directe et certaine avec l'accident garanti et de nature à modifier les conclusions médicales qui ont servi de base à l'indemnisation initiale, ouvre droit à un complément d'indemnisation. Le cumul des indemnités successives ne peut dépasser le plafond de garantie indiqué aux Conditions Particulières du contrat.

5.3 Comment bénéficier de l'assistance immédiate ?

Pour bénéficier de nos services et **avant d'engager toute dépense**, vous devez appeler Mutuelle Saint-Christophe Assistance en téléphonant :

depuis la France, au : **01 55 92 26 16**

depuis l'étranger, au : **00 33 1 55 92 26 16**

Notre service fonctionne 24 heures sur 24, tous les jours de l'année.

Notre équipe médicale décide, en fonction des seuls impératifs médicaux et techniques, de la nécessité et des modalités de notre intervention.

Toutefois, et comme pour chaque décision vous concernant, votre accord ou celui d'un membre de votre famille est un préalable nécessaire. Vous pouvez accepter ou refuser les préconisations que nous vous fournissons, mais si vous les rejetez, vos garanties d'assistance immédiate sont annulées.

6.1 Conclusion et durée du contrat

Le contrat est composé :

- ❶ **des présentes Conditions Générales** qui définissent nos droits et obligations réciproques,
- ❷ **des Conditions Particulières** qui précisent la formule et les garanties que vous avez choisies ainsi que les montants maximum d'indemnisation.

Votre contrat prend effet à la date indiquée dans vos Conditions Particulières. Il est souscrit pour une durée d'un an renouvelable automatiquement chaque année.

6.2 Prescription

Conformément aux dispositions prévues par l'article L.114-1 du Code des assurances, toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

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

- ❶ toute demande en justice, même en référé, tout acte d'exécution forcée ;
- ❷ toute reconnaissance par l'assureur du droit à garantie de l'assuré, ou toute reconnaissance de dette de l'assuré envers l'assureur.

Elle est également interrompue :

- ❶ par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre ;
- ❷ par l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par :
 - l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime,
 - l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Conformément à l'article L.114-3 du Code des assurances, 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.

6.3 Fourniture à distance d'opérations d'assurance

Constitue une fourniture d'opérations d'assurance à distance, telle que définie par l'article L.112-2-1 du Code des assurances, la fourniture d'opérations d'assurance auprès d'un souscripteur, personne physique, qui agit en dehors de toute activité commerciale ou professionnelle, dans le cadre d'un système de vente ou de prestation de services à distance organisé par l'assureur ou l'intermédiaire d'assurance qui, pour ce contrat, utilise exclusivement des techniques de communication à distance jusqu'à, y compris, la conclusion du contrat.

Il est précisé que, conformément aux dispositions de l'article L.112-2-1 du Code des assurances, les règles concernant la fourniture d'opérations d'assurance à distance :

- ❶ ne s'appliquent qu'au premier contrat, pour les contrats à durée déterminée suivis d'autres contrats de même nature, échelonnés dans le temps, sous condition que pas plus d'un an ne se soit écoulé entre deux contrats ;
- ❷ ne s'appliquent qu'en vue et lors de la conclusion du contrat initial, pour les contrats renouvelables par tacite reconduction.

Si le contrat a été conclu à la demande du souscripteur en utilisant une technique de communication à distance ne permettant pas la transmission des informations précontractuelles et contractuelles sur un support papier ou sur un autre support durable, l'assureur ou l'intermédiaire doit exécuter ses obligations de communication immédiatement après la conclusion du contrat.

Le souscripteur, personne physique, qui conclut à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle un contrat à distance, est informé qu'il dispose d'un délai de quatorze (14) jours calendaires révolus pour renoncer et ce, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités. Ce délai commence à courir soit à compter du jour de la signature des Conditions Particulières, soit à compter du jour où le souscripteur reçoit les conditions contractuelles et les informations conformément à l'article L.121-20-11 du Code de la consommation, si cette dernière date est postérieure à la première.

Le souscripteur est informé que le contrat ne peut recevoir commencement d'exécution avant l'arrivée du terme de ce délai sans son accord.

Le souscripteur, qui souhaite exercer son droit de renonciation dans les conditions susvisées, peut utiliser le modèle de lettre, inséré dans les présentes, dûment complété par ses soins et envoyé à l'adresse suivante :

Mutuelle Saint-Christophe assurances
Service relations clientèle
277 rue Saint-Jacques
75256 Paris cedex 05

« Je soussigné [Nom – Prénom], demeurant [Adresse du souscripteur], déclare renoncer, en application des dispositions de l'article L.112-2-1 du Code des assurances, au contrat d'assurance [Numéro du contrat], souscrit le [Date de la signature des Conditions Particulières], par l'intermédiaire de [Nom de l'intermédiaire ayant commercialisé le contrat].

Date [à compléter]

Signature [Souscripteur] »

À cet égard, le souscripteur est informé que, s'il exerce son droit de renonciation, il sera tenu au paiement proportionnel du service financier effectivement fourni, à l'exclusion de toute pénalité, soit un montant calculé selon la règle suivante : (Montant de la cotisation annuelle figurant aux Conditions Particulières du contrat) x (nombre de jours garantis)/365.

Par dérogation, ce droit de renonciation ne s'applique pas :

- aux polices d'assurance voyage ou bagage ou aux polices similaires à court terme d'une durée inférieure à un mois ;
- aux contrats d'assurance de responsabilité civile des Véhicules Terrestres à Moteur ;
- aux contrats exécutés intégralement par les deux parties à la demande expresse du souscripteur avant que ce dernier n'exerce son droit de renonciation.

6.4 Souscription par voie de démarchage

Le souscripteur, 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, est informé qu'il dispose de la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours (14) calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.

À cet égard, le souscripteur, qui souhaite exercer son droit de renonciation dans les conditions susvisées, peut utiliser le modèle de lettre, inséré dans les présentes, dûment complété par ses soins et envoyé à l'adresse suivante :

Mutuelle Saint-Christophe assurances
Service relations clientèle
277 rue Saint-Jacques
75256 Paris cedex 05

" Je soussigné [Nom – Prénom], demeurant [Adresse du souscripteur], déclare renoncer, en application des dispositions de l'article L.112-9 du Code des assurances, au contrat d'assurance [Numéro du contrat], souscrit le [Date de la signature des Conditions Particulières], par l'intermédiaire de [Nom de l'intermédiaire ayant commercialisé le contrat].

Date [à compléter]

Signature [Souscripteur]"

L'exercice de ce droit de renonciation entraîne la résiliation du contrat à compter de la date de réception de la lettre recommandée.

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

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

Il est précisé que, conformément aux dispositions de l'article L112-9 du Code des Assurances, ce droit de renonciation ne s'applique pas :

- aux polices d'assurance voyage ou bagage,
- aux contrats d'assurance d'une durée maximum d'un mois,
- dès lors que le souscripteur a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat.

6.5 Résiliation du contrat

Par le souscripteur, en adressant une demande écrite y compris par courrier électronique, dans les délais suivants :

- au moins deux mois avant la première date anniversaire du contrat,
- dans les quinze jours suivant une modification de votre situation, lorsque celle-ci a un effet sur les risques garantis par le contrat,
- à tout moment à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la souscription du contrat
 - justificatif : pas de justificatif
 - prise d'effet : un mois après que nous en aurons reçu notification, soit par votre nouvel assureur, soit par vous-même. A réception de la notification, une confirmation écrite vous sera adressée.

Si votre résiliation a pour motif la souscription d'un contrat auprès d'un nouvel assureur et que celui-ci effectue les formalités de résiliation pour votre compte, les garanties de votre contrat seront maintenues, sous réserve du paiement des cotisations, jusqu'à la date d'effet du nouveau contrat d'assurance.

- en cas de résiliation par nous d'un autre de vos contrats après sinistre. Votre résiliation prendra effet un mois après l'expédition de votre demande,
- dans les quinze jours suivant la date à laquelle vous avez pris connaissance des modifications de vos conditions contractuelles ou la portée de nos engagements imposée par la modification de la réglementation,
- dans le mois qui suit l'échéance, si nous augmentons votre cotisation hors jeu de l'indice et que vous refusez cette modification. La résiliation prend effet un mois après réception de votre demande. Vous êtes alors redevable de la portion de cotisation qui aurait été due en l'absence de modification, au prorata du temps écoulé entre la date de la dernière échéance et la date d'effet de la résiliation.

Par nous :

les deux premières années, à la date anniversaire de votre contrat, en vous adressant une lettre recommandée au moins deux mois avant cette date. Au-delà de cette période, le contrat devient viager et nous ne pouvons plus le résilier hormis les cas particuliers ci-après :

- si vous ne réglez pas vos cotisations, quarante jours après l'envoi d'une lettre recommandée de mise en demeure,
- en cas de fausse déclaration, omission ou inexactitude de votre part, lors de la souscription du contrat, en cours de contrat ou en cas d'accident garanti.

De plein droit :

En cas de décès du souscripteur. Cependant, si le contrat couvre d'autres personnes, les droits et obligations du souscripteur décédé peuvent, avec notre accord, être transférés à l'une d'entre elles. Le contrat actuellement en vigueur sera résilié et un nouveau contrat sera souscrit en remplacement.

6.6 Cotisations

Vos cotisations sont fixées en fonction de la formule et des garanties que vous avez choisies.

Elles évoluent à chaque échéance principale (date anniversaire de votre contrat) en fonction de l'indice « taux de revalorisation des divers avantages vieillesse, d'invalidité et d'accident du travail » ou de tout autre indice qui lui serait régulièrement substitué. Elles peuvent évoluer pour des motifs techniques.

Vous êtes informé de ces évolutions par l'envoi de votre avis d'échéance.

Vos cotisations sont payables d'avance, à la date d'échéance indiquée aux Conditions Particulières.

La Mutuelle Saint-Christophe assurances est une société à cotisations variables ; le conseil d'administration peut décider à titre exceptionnel la perception d'un complément de cotisation conformément aux statuts.

6.7 Limites de garantie

Elles sont précisées aux Conditions Particulières.

6.8 Examen des réclamations

Nous veillons à vous offrir un service professionnel de qualité. Si vous n'avez pas trouvé de solution à votre mécontentement au travers de vos échanges avec un de nos conseillers :

Comment adresser votre réclamation ?

Dans tous les cas, vous devez formaliser par écrit votre réclamation afin que nous puissions répondre au mieux à votre insatisfaction, et l'adresser à :

Mutuelle Saint-Christophe assurances - Service Réclamations
277, rue Saint-Jacques - 75256 Paris cedex 05

Nos engagements

Un accusé de réception vous sera adressé dans un délai maximum de dix jours ouvrables. Votre situation sera étudiée avec le plus grand soin et une réponse argumentée vous sera adressée dans un délai maximum de deux mois. Dans le cas où la réponse du Service Réclamations ne vous semblerait pas suffisante ou adaptée, vous avez la possibilité d'exposer votre insatisfaction auprès de la Direction Générale :

Mutuelle Saint-Christophe assurances - Direction Générale – Réclamation
277, rue Saint-Jacques - 75256 Paris cedex 05

La saisine du médiateur

Vous pouvez saisir le Médiateur de l'assurance :

Dans un délai de deux mois après votre première réclamation écrite, que vous ayez reçu ou non une réponse de notre part. Et en tout état de cause, dans un délai maximum d'un an à compter de la date de votre réclamation écrite.

Cette saisine peut se faire :

Par e-mail sur le site <https://www.mediation-assurance.org>

Ou par courrier, à l'adresse suivante : Monsieur le médiateur de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09

L'intervention du Médiateur est gratuite.

Le Médiateur formulera une proposition de solution dans un délai de 3 mois à réception de votre dossier complet. Les deux parties, vous-même et Mutuelle Saint-Christophe assurances, restent libres de la suivre ou non. Vous conservez à tout moment la possibilité de saisir le tribunal compétent.

6.9 Informations sur l'utilisation de vos données personnelles

Dans le cadre de votre relation avec la Mutuelle Saint-Christophe assurances pour un contrat d'assurance, cette dernière va principalement utiliser vos données pour la passation, la gestion (y compris commerciale) et l'exécution de celui-ci. Elle sera également susceptible de les utiliser dans le cadre de contentieux pour la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme, afin de se conformer à une réglementation applicable, ou pour l'analyse de tout ou partie des données vous concernant collectées au sein de la Mutuelle Saint-Christophe assurances, éventuellement croisées avec celles de partenaires, prestataires choisis, afin d'améliorer nos produits (recherche et développement) , évaluer votre situation ou la prédire (scores et appétence) et personnaliser votre parcours sociétaire (offres et publicités ciblées). Les données relatives à votre santé éventuellement recueillies seront exclusivement utilisées pour la passation, la gestion et l'exécution de votre contrat, ce à quoi vous consentez en le signant.

Vos données seront conservées le temps nécessaire à ces différentes opérations ou pour la durée spécifiquement prévue par la CNIL (normes pour le secteur de l'assurance) ou la loi (prescriptions légales).

Elles seront uniquement communiquées à la Mutuelle Saint-Christophe assurances, ses intermédiaires d'assurances, réassureurs, partenaires, prestataires ou organismes professionnels habilités qui ont besoin d'y avoir accès pour la réalisation de ces opérations. Pour ceux de ces destinataires situés en dehors de l'union européenne le transfert est limité aux pays listés par la Commission Européenne comme protégeant suffisamment les données ou aux destinataires respectant soit les clauses contractuelles types proposées par la CNIL soit les règles internes de la Mutuelle Saint-Christophe assurances. Les données relatives à votre santé éventuellement recueillies ne seront communiquées qu'aux seuls sous-traitants habilités de la société avec laquelle vous avez signé votre contrat.

Lors de la souscription de votre contrat, certaines questions sont obligatoires. En cas de fausses déclarations ou d'omissions les conséquences à votre égard pourront être la nullité du contrat souscrit (article L.113-8 du Code des assurances) ou la réduction des indemnités versées (article L.113-9 du Code des assurances). Nous sommes également tenus de vérifier que vos données sont exactes, complètes et, si nécessaire, mises à jour. Nous pourrions ainsi vous solliciter pour le vérifier ou être amenés à compléter votre dossier (par exemple en enregistrant votre email si vous nous avez écrit un courrier électronique).

Vous pouvez demander l'accès, la rectification, l'effacement ou la portabilité de vos données, définir des directives relatives à leur sort après votre décès, choisir d'en limiter l'usage ou vous opposer à leur traitement. Si vous avez donné une autorisation spéciale et expresse pour l'utilisation de certaines de vos données, vous pouvez la retirer à tout moment sous réserve qu'il ne s'agisse pas d'informations qui conditionnent l'application de votre contrat. Vous pouvez exercer ces droits par courrier adressé au Délégué à la protection des données de la Mutuelle Saint-Christophe assurances, 277 rue Saint-Jacques 75256 PARIS cedex 05, ou par mail à service.dpo@msc-assurance.fr. En cas de réclamation, vous pouvez choisir de saisir la CNIL.

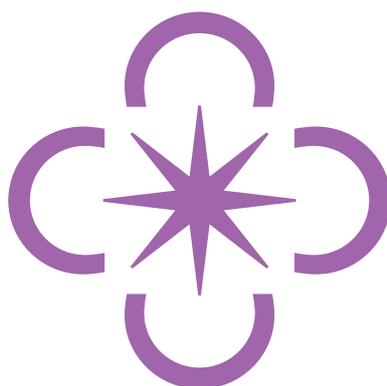
Pour plus d'informations , consultez
<http://saint-christophe-assurances.fr/donnees-personnelles>.

Vous pouvez également exercer vos droits directement auprès de :

- La société AXA Assistance France, SA au capital de 2 082 094 €, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Nanterre sous le numéro 311 338 339, et dont le siège est situé au 8-10 rue Paul Vaillant Couturier 92240 Malakoff, à qui la Mutuelle Saint-Christophe assurances confie la gestion des interventions d'assistance. Vous pouvez dans ce cas utiliser les adresses suivantes : e-mail dpo.axapartnersfrance@axa-assistance.com ou par courrier Délégué à la protection des données d'AXA Assistance - 8 - 10 rue Paul Vaillant Couturier 92240 MALAKOFF.

En cas de réclamation, vous pouvez choisir de saisir la CNIL.

Afin d'apporter un service complet, la Mutuelle Saint-Christophe assurances s'est assurée,
pour les garanties « d'assistance », le concours de AXA Assistance France
(8-10 rue Paul Vaillant Couturier 92240 Malakoff).



Mutuelle Saint-Christophe assurances
277, rue Saint-Jacques - 75256 Paris cedex 05
Tél. : 01 56 24 76 00 - Fax : 01 56 24 76 27 www.saint-christophe-assurances.fr

Société d'assurance mutuelle à cotisations variables régie par le Code des Assurances
N° SIREN : 775 662 497

