

ACCIDENTS ET FAMILLE

Conditions Générales



Avril 2015

1145-7.09.20



***Vous venez de souscrire un contrat
pour assurer vos accidents corporels,
nous vous remercions de votre confiance.***

***N'hésitez pas à consulter
votre Conseiller GMF
pour toute information complémentaire.***

Les entreprises d'assurances agréées en France sont placées sous le contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (A.C.P.R.) :
4, place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris cedex 09.

••••• 1 • LES DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1.1 Quel est l'objet de votre contrat ?	8
1.2 Comment est régi votre contrat ?	8
1.3 Dans quels pays êtes-vous assuré ?	8
1.4 Les définitions et ce qu'il est important de savoir pour l'application de votre contrat	8 à 14
1.5 Ce qui n'est pas assuré par votre contrat	15

••••• 2 • LA FORMULE DE BASE

2.1 Quels sont les événements accidentels garantis ?	18
2.1.1 L'option A	18
2.1.2 L'option B	18
2.1.3 L'option C	18
2.2 Quels sont les différents préjudices indemnisables ?	18/19
2.2.1 Les dépenses de santé actuelles	18
2.2.2 La Garantie Scolaire	18/19
2.2.3 L'Atteinte permanente à l'Intégrité Physique et Psychique (AIPP)	19
2.2.4 Le décès	19
2.3 Tableau récapitulatif de nos garanties, limites et franchises pour la formule de base	19

••••• 3 • LES FORMULES GARANTIE DES ACCIDENTS DE LA VIE (GAV)

3.1 Quels sont les événements accidentels garantis ?	22
3.1.1 L'option A	22
3.1.2 L'option B	22
3.2 Quels sont les différents préjudices indemnisables ?	22/23
3.2.1 Les dépenses de santé actuelles	22
3.2.2 La Garantie Scolaire	22
3.2.3 L'Atteinte permanente à l'Intégrité Physique et Psychique (AIPP)	22/23
3.2.4 Le décès	23
3.2.5 Les préjudices personnels	23
3.3 Tableau récapitulatif de nos garanties, limites et franchises pour les formules GAV	24

••••• 4 • L'ACCIDENT ET SES CONSÉQUENCES

4.1	Que devez-vous faire en cas d'accident ?	26/27
4.1.1	Le délai de déclaration	26
4.1.2	Les éléments à nous communiquer	26
4.1.3	L'expertise médicale	26/27
4.2	L'intervention préalable de l'assureur GAV	27
4.3	Dans quels délais réglons-nous ?	27
4.4	Que se passe-t-il en cas d'aggravation de votre état ?	28
4.5	Que se passe-t-il en cas de décès de l'assuré après indemnisation résultant d'une Atteinte permanente à l'Intégrité Physique et Psychique (AIPP) ?	28
4.6	La subrogation	28

••••• 5 • LA VIE DU CONTRAT

5.1	La prise d'effet et la durée du contrat	30
5.2	Vos déclarations et leurs conséquences	30/31
5.3	Le paiement de votre cotisation et les conséquences du non-paiement	31
5.4	La révision du montant de la cotisation ou de la franchise	31
5.5	La résiliation du contrat	32 à 34
5.6	La prescription	34/35
5.7	La réclamation/La médiation	35/36



1



LES DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1.1 • QUEL EST L'OBJET DE VOTRE CONTRAT ?

Votre contrat garantit les assurés en cas de blessures corporelles ou de décès consécutifs à un accident, dans les limites et conditions

prévues par l'option et la formule de garanties que vous avez choisies.

1.2 • COMMENT EST RÉGI VOTRE CONTRAT ?

• Par le Code des assurances et par :

- les présentes Conditions Générales qui définissent les événements accidentels assurables, les préjudices indemnisables et nos engagements réciproques,

- les Conditions Particulières qui, selon votre choix, adaptent et complètent les Conditions Générales à vos besoins sur la base des renseignements que vous nous avez fournis.

1.3 • DANS QUELS PAYS ÊTES-VOUS ASSURÉ ?

Vous êtes assuré en permanence en France métropolitaine, dans les départements et régions d'outre-mer et dans tous les pays pour

vos séjours temporaires, quelle que soit leur durée.

1.4 • LES DÉFINITIONS ET CE QU'IL EST IMPORTANT DE SAVOIR POUR L'APPLICATION DE VOTRE CONTRAT

Les termes définis ci-après apparaissent en vert dans les articles des présentes Conditions Générales, afin de vous faciliter la compréhension du texte.

ACCIDENTS VIE PRIVÉE/CIRCULATION/MÉDICAUX

Nous assurons dans les limites et conditions prévues par l'option et la formule de garanties que vous avez choisies, expressément mentionnées sur vos Conditions Particulières, **et sous réserve des exclusions prévues au paragraphe 1.5 :**

• les **ACCIDENTS DE LA VIE PRIVÉE** consécutifs à des événements soudains (c'est-à-dire dont la manifestation est concomitante à l'événement qui l'a provoquée et qui ne se réalise pas de façon lente et progressive), imprévus, individuels ou collectifs dus à des causes extérieures.

Vous êtes notamment assuré en cas :

- d'accident domestique ou de loisirs,
- d'accident de sport y compris lorsque vous êtes conducteurs ou passagers d'un véhicule terrestre à moteur lors de votre participation à une compétition sportive ou à ses essais,
- d'accident dû à des attentats, à des agressions ou à toutes autres infractions,
- d'accident dû à des catastrophes naturelles ou technologiques.

Sont aussi garantis, lorsqu'il s'agit d'événements accidentels soudains et imprévus, les brûlures, les empoisonnements, les piqûres, les morsures d'animaux, l'asphyxie provenant d'un dégagement de gaz, d'un objet ou d'une noyade.

Le contrat garantit les dommages consécutifs à un accident de la vie privée, survenu entre le jour de prise d'effet du contrat et sa résiliation.

Ne sont pas assurés au titre des accidents de la vie privée :

- **les dommages résultant d'accidents de la circulation tels qu'ils sont définis ci-dessous,**
- **les dommages résultant d'accidents médicaux tels qu'ils sont définis ci-dessous,**
- **les ACCIDENTS DE LA CIRCULATION** dans lesquels est impliqué un véhicule terrestre à moteur (y compris les fauteuils roulants électriques, les tondeuses autoportées) ainsi que ses remorques ou semi-remorques, **autre que les véhicules ferroviaires et les tramways circulant sur des voies qui leur sont propres (ces accidents sont garantis au titre des accidents de la vie privée).**

La victime assurée peut être conducteur, passager, piéton ou cycliste.

Le contrat garantit les dommages consécutifs à un accident de la circulation, survenu entre le jour de prise d'effet du contrat et sa résiliation,

- **les 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 à 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 par la Sécurité sociale française.

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.

Vous êtes notamment assuré en cas d'infection nosocomiale (infection contractée lors d'un séjour hospitalier).

Le contrat garantit les dommages dont la première manifestation est intervenue entre le jour de prise d'effet du contrat et sa résiliation, pour tout acte médical pratiqué postérieurement au 01/01/2000.

ANNÉE D'ASSURANCE

Période d'assurance comprise entre deux échéances annuelles de cotisation. Par ailleurs, si l'assurance expire entre deux échéances annuelles, la dernière année d'assurance est la période comprise entre la date d'échéance principale et la date d'expiration.

ASSURÉ

Ont la qualité d'assuré :

- le souscripteur du contrat défini sous ce nom aux Conditions Particulières,
- son conjoint non séparé de corps ou de fait ou son partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou son concubin,
- les enfants fiscalement à leur charge,
- en cas de divorce, de séparation de corps ou de fait ou en cas de séparation des concubins ou des partenaires liés par un pacte civil de solidarité, leurs enfants non à charge pendant l'exercice du droit de visite,
- leurs petits-enfants mineurs pendant le temps où ces derniers sont sous leur surveillance.

Dans les articles des présentes Conditions Générales, "vous", "votre", "vos" représentent les assurés.

ATTEINTE PERMANENTE À L'INTÉGRITÉ PHYSIQUE ET PSYCHIQUE (AIPP)

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

L'évaluation de l'AIPP est faite par notre médecin expert, à la date de consolidation de l'état de la victime assurée.

Elle est évaluée en pourcentage d'après le "barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun" publié par Le Concours Médical (dernière édition parue à la date de l'expertise médicale). Si l'accident garanti aggrave un état antérieur, notre médecin expert évalue le taux d'AIPP imputable à cet accident.

BÉNÉFICIAIRE

• EN CAS DE BLESSURES CORPORELLES

L'indemnité est versée à la victime assurée, ou à son représentant légal.

• EN CAS DE DÉCÈS DE L'ASSURÉ

- **Pour la formule de base**, l'indemnité est versée :

- à son conjoint survivant non séparé de corps ou de fait,
- à défaut, au partenaire auquel l'assuré était lié par un pacte civil de solidarité,
- à défaut, à ses enfants,
- à défaut, à son concubin,
- à défaut, aux autres ayants droit de l'assuré conformément aux voies légales.

- **Pour les formules Garantie des Accidents de la Vie (GAV), en cas d'accident de la circulation**, l'indemnité est versée :

- à son conjoint survivant non séparé de corps ou de fait,
- à défaut, au partenaire auquel l'assuré était lié par un pacte civil de solidarité,
- à défaut, à ses enfants,
- à défaut, à son concubin,
- à défaut, aux autres ayants droit de l'assuré conformément aux voies légales,

en cas d'accident médical ou d'accident de la vie privée, l'indemnité est versée aux personnes physiques justifiant avoir subi l'un des préjudices garantis : préjudice d'affection, perte de revenus directement liée au décès, frais d'obsèques ou frais divers des proches.

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

CONSOLIDATION

Moment où les séquelles conservées par la victime assurée ne sont plus susceptibles d'amélioration, en l'état des connaissances médicales de l'époque.

La date de consolidation est fixée par notre médecin expert.

DÉFICIT FONCTIONNEL PERMANENT

Préjudice résultant d'une Atteinte permanente à l'Intégrité Physique et Psychique (AIPP), entraînée par un accident garanti.

DÉPENSES DE SANTÉ ACTUELLES

Ce sont les frais de traitement médical, paramédical, pharmaceutiques, chirurgicaux et d'hospitalisation (y compris le forfait hospitalier) prescrits par un médecin.

Ce sont également les frais de prothèse optique, dentaire, auditive et orthopédique.

En formules GAV "confort" et "confort +", ce sont aussi les frais de chambre particulière.

Ne sont pas garantis :

- les frais de chambre particulière en formule de base,
- quelle que soit la formule, les frais de téléphone, de télévision, de connexion internet et de location d'appareils multimédia.

Par extension, ce sont aussi :

- les frais de transport du lieu de l'accident jusqu'à l'hôpital le plus proche, sans remise en cause de votre libre choix de l'établissement,
- les frais de transport pour effectuer les soins, la rééducation, les visites de contrôle,
- les frais de garde des enfants (y compris leur conduite à l'école) et d'assistance ménagère en cas d'hospitalisation du souscripteur ou de son conjoint (ou partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou concubin). Ces frais sont aussi pris en charge lors du retour au domicile lorsque l'état de santé de la victime le nécessite,
- les frais de garde des enfants assurés vivant

sous votre toit, lorsqu'ils sont provisoirement immobilisés après une hospitalisation et que vous ne pouvez les garder ou les faire garder selon le mode habituel.

Ces frais sont pris en charge, dans la limite des montants figurant aux Conditions Particulières, s'ils sont à la fois :

- imputables à un accident garanti,
- nécessités par l'état de santé de la victime assurée,
- exposés **avant la date de consolidation** fixée par notre médecin expert,
- et restés à la charge de la victime assurée.

FRAIS DE LOGEMENT ET DE VÉHICULE ADAPTÉS

Ce sont les frais liés à la réduction définitive des capacités physiologiques de la victime assurée dont l'état nécessite un aménagement de son domicile principal et/ou de son véhicule afin de réduire ses besoins d'assistance humaine ou technique.

Ces frais sont remboursés sur présentation des justificatifs s'ils sont à la fois :

- imputables à un accident garanti,
- médicalement reconnus nécessaires à l'état de la victime assurée.

FRAIS D'ASSISTANCE PERMANENTE PAR TIERCE PERSONNE

Ce sont les frais liés à la réduction définitive des capacités physiologiques de la victime assurée qui se trouve dans l'obligation de faire appel à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes de la vie quotidienne.

Ces frais sont assurés s'ils sont à la fois :

- imputables à un accident garanti,
- médicalement reconnus nécessaires à l'état de la victime assurée.

FRAIS D'INTERRUPTION DE SCOLARITÉ

Ce sont :

- les frais de rattrapage scolaire du primaire et du secondaire,
- les frais de cantine non consommés et non remboursés.

Ces frais sont pris en charge (depuis le 1^{er} jour d'interruption), en cas d'accident garanti, pour les enfants assurés, si ceux-ci subissent une interruption de scolarité médicalement constatée supérieure à 10 jours scolaires et si vos Conditions Particulières mentionnent l'extension "accidents scolaires" acquise lorsque vous avez souscrit la formule de base.

FRAIS DIVERS DES PROCHES

Ce sont les frais que les proches de la victime assurée ont pu engager du fait de son décès (frais de transports, frais d'hébergement et de restauration).

FRAIS D'OBSÈQUES

Dépenses relatives aux frais funéraires déboursés pour les obsèques de l'assuré décédé.

INDEMNISATION EN DROIT COMMUN

Indemnisation déterminée selon les règles applicables en France en matière de réparation du préjudice corporel, **dans la limite des montants** figurant aux Conditions Particulières. Elle tient compte de la situation particulière de chaque victime (ex. : âge, profession, revenus, situation de famille) et des indemnités habituellement allouées.

Cette indemnisation ne se cumule pas avec :

- les prestations de caractère indemnitaire perçues ou à percevoir par l'assuré ou ses bénéficiaires, d'un organisme de Sécurité

Sociale ou de tout autre régime de prévoyance au titre des mêmes chefs de préjudices,

- les indemnités perçues par l'assuré ou ses bénéficiaires, d'un assureur de responsabilité, d'un organisme de solidarité nationale tels que le FGTI, l'ONIAM ou le FGAO au titre des mêmes chefs de préjudices.

Si l'assureur n'est pas intervenu directement comme prévu à l'article 4.2 ci-après, ces prestations et indemnités sont portées à notre connaissance par l'assuré ou ses bénéficiaires dès qu'elles leur sont notifiées par l'organisme débiteur et ont été acceptées par eux. Elles viennent en déduction de l'indemnité due au titre des préjudices indemnisés par le présent contrat.

INDEMNISATION FORFAITAIRE PRÉVUE AU TITRE DU DÉFICIT FONCTIONNEL PERMANENT RÉSULTANT DE L'ATTEINTE PERMANENTE À L'INTÉGRITÉ PHYSIQUE ET PSYCHIQUE (AIPP)

Indemnisation calculée sur des bases prédéterminées à partir des capitaux mentionnés sur vos Conditions Particulières et rappelés chaque année sur votre avis d'échéance.

Cette indemnisation forfaitaire peut se cumuler avec toute autre indemnité perçue pour les mêmes chefs de préjudice au titre d'une indemnisation de droit commun ou d'une indemnisation forfaitaire prévue par un autre contrat d'assurance de personnes.

Modalités de calcul de l'indemnité

Le taux d'**AIPP** retenu par notre médecin expert ainsi que le capital mentionné sur vos Conditions Particulières et rappelé chaque année sur votre avis d'échéance servent de base à l'indemnisation forfaitaire versée au bénéficiaire.

Trois cas se présentent pour calculer cette indemnisation forfaitaire :

- le taux d'AIPP est égal ou supérieur à 80 % :

$$\text{INDEMNISATION} = \text{capital} \times 100 \%$$

- le taux d'AIPP est supérieur à 20 % et inférieur à 80 % :

$$\text{INDEMNISATION} =$$

$$\frac{\text{capital} \times 20 \%}{2} + \left[\begin{array}{l} (\text{capital} \times \text{part du taux} \\ \text{supérieure à 20 \%}) \times 1,5 \end{array} \right]$$

- le taux d'AIPP ne dépasse pas 20 % :

$$\text{INDEMNISATION} = \frac{\text{capital} \times \text{taux d'AIPP}}{2}$$

ATTENTION

pour les accidents de la circulation !

S'il est établi qu'au moment du sinistre, le conducteur, victime de l'accident, était en état d'ivresse manifeste ou sous l'empire d'un état alcoolique ou avait fait usage de stupéfiants tel que défini par les articles L 234-I, L 235-I, R 234-I du Code de la route français, et que cet état a participé à la survenance de l'accident, l'indemnité versée au conducteur victime au titre du déficit fonctionnel permanent résultant de l'AIPP, sera réduite de moitié.

INDEMNISATION FORFAITAIRE PRÉVUE AU TITRE DU DÉCÈS

Indemnisation correspondant au capital figurant sur vos Conditions Particulières et rappelé chaque année sur votre avis d'échéance.

Cette indemnisation forfaitaire est variable selon l'âge et la situation de famille de la victime :

- lorsque la victime est âgée de 18 ans au moins jusqu'à 69 ans au plus ou quel que

soit son âge si elle laisse un ou plusieurs enfants survivants à charge au moment de l'accident :

$$\text{INDEMNISATION} = \text{capital} \times 100 \%$$

- lorsque la victime est âgée de moins de 18 ans ou de 70 ans ou plus et n'a aucun enfant survivant à charge au moment de l'accident :

$$\text{INDEMNISATION} = \text{capital} \times 30 \%$$

- l'indemnisation complémentaire pour personnes survivantes à charge :

En cas de décès du souscripteur, de son conjoint, de son partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou de son concubin, une indemnisation forfaitaire complémentaire d'un montant de 25 % du capital est versée à chacune des personnes survivantes à charge du foyer fiscal, autres que le sociétaire, son conjoint, son partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou son concubin.

Toutefois, le montant total des indemnités complémentaires est limité par victime décédée à 100 % du capital.

Dans le cas où le nombre de personnes à charge est supérieur à 4, le montant total des indemnités complémentaires est réparti de façon égale entre elles.

Cette indemnisation forfaitaire peut se cumuler avec toute autre indemnité perçue pour les mêmes chefs de préjudice au titre d'une indemnisation de droit commun ou d'une indemnisation forfaitaire prévue par un autre contrat d'assurance de personnes.

PERTE DE REVENUS DES PROCHES

L'indemnité allouée correspond à la perte de ressources directement liée au décès que subissent les bénéficiaires.

PRÉJUDICES PERSONNELS

• EN CAS DE BLESSURES CORPORELLES

Sont garantis : les souffrances endurées par la victime assurée, son préjudice esthétique permanent, et son préjudice d'agrément.

Souffrances endurées : ce sont les souffrances physiques, psychiques ou morales endurées par la victime, du jour de l'accident garanti à celui de la consolidation.

Notre médecin expert fixe le degré des souffrances endurées.

Préjudice esthétique permanent : le préjudice esthétique est constitué par l'atteinte définitive portée à l'apparence physique de la victime assurée par suite d'un accident garanti (cicatrices, déformations, mutilations...).

Notre médecin expert fixe le degré du préjudice esthétique permanent.

Préjudice d'agrément : le préjudice d'agrément résulte pour la victime assurée de l'impossibilité médicalement reconnue à poursuivre les activités d'agrément de caractère sportif, artistique, culturel et de loisirs habituellement pratiquées avant la survenance de l'accident garanti.

• EN CAS DE DÉCÈS DE L'ASSURÉ

Sont garantis les préjudices d'affection des bénéficiaires.

Préjudice d'affection : il s'agit des souffrances affectives ressenties en raison du décès de la victime assurée.

SOCIÉTÉ D'ASSURANCE

C'est la société désignée sur vos Conditions Particulières. Les termes "nous", "nos", "notre" se rapportent à cette société.

VOL DES EFFETS PERSONNELS PAR AGRESSION OU RACKET

En cas de vol commis avec violence ou en cas d'extorsion (racket) au sein de l'établissement scolaire ou sur le trajet domicile-école, nous indemnisons :

- les effets personnels de l'enfant (ex. : cartable et son contenu, vêtements et accessoires portés, sac et matériel de sport...),
- les frais de reconstitution des papiers d'identité,
- les frais de remplacement des cartes de transport volées,
- les frais de remplacement des serrures à l'identique rendus indispensables par le vol des clés,

dans la limite des montants figurant aux Conditions Particulières et de **deux événements par année d'assurance**.

Ne sont pas garantis :

- **les espèces,**
- **les téléphones, tablettes et ordinateurs portables,**
- **les consoles de jeux vidéo, caméras et autres matériels multimédias,**
- **les vélos, trottinettes, rollers et tout autre moyen de locomotion à moteur ou non.**

Un procès-verbal de police ou un récépissé de dépôt de plainte devront être produits pour justifier les circonstances du vol.

1.5 • CE QUI N'EST PAS ASSURÉ PAR VOTRE CONTRAT

- si vous avez souscrit la formule de base : les accidents et vols par agression ou racket survenus à l'école ou au cours des activités scolaires de vos enfants fiscalement à charge, scolarisés en maternelle, dans le primaire ou le secondaire, sauf si vos Conditions Particulières mentionnent l'extension accidents scolaires acquise,
- les dommages causés par une congélation ou une insolation n'ayant pas pour origine un accident garanti,
- les dommages causés par des maladies n'ayant pas pour origine un accident garanti, sauf poliomyélite ou méningite cérébro-spinale de vos enfants fiscalement à charge scolarisés en maternelle, dans le primaire ou le secondaire pour lesquels les accidents scolaires sont garantis,
- les dommages résultant de votre état de santé s'ils constituent le fait générateur unique du dommage :
 - . affections cardio-vasculaires ou vasculaires-cérébrales,
 - . hernies abdominales, rhumatisme de toute nature, lumbago, hernie discale, sciatique, affections musculo-articulaires, discales et tendineuses,
- les dommages subis à l'occasion de votre travail (y compris à l'occasion d'un sport exercé à titre professionnel) ou d'une activité prise en charge par un organisme social en accident du travail, trajet-travail ou maladie professionnelle, sauf accident du travail ou trajet-travail de vos enfants fiscalement à charge, scolarisés dans l'enseignement technique et pour lesquels les accidents scolaires sont garantis,
- les accidents médicaux résultant des expérimentations biomédicales,
- les dommages que l'assuré s'est causés intentionnellement,
- les dommages résultant de la participation de l'assuré à un crime, à un délit intentionnel, ou à une rixe, sauf cas de légitime défense ou d'assistance à personne en danger,
- les dommages subis par le conducteur d'un véhicule terrestre à moteur, alors qu'il n'a pas l'âge requis ou qu'il n'est pas titulaire du permis de conduire en état de validité exigé par la réglementation en vigueur pour la conduite du véhicule,
- les dommages provenant d'une guerre civile ou étrangère,
- les dommages dus aux effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de transmutations de noyaux d'atome ou de la radioactivité, ainsi que ceux dus aux effets de radiations provoqués par l'accélération artificielle de particules.

2



LA FORMULE DE BASE

2.1 • QUELS SONT LES ÉVÉNEMENTS ACCIDENTELS GARANTIS ?

Les événements accidentels pour lesquels vous êtes assuré sont déterminés par l'une des **3 options** que vous avez choisie, mentionnée sur vos Conditions Particulières.

■ 2.1.1 L'OPTION A

L'option A garantit :

- les **accidents de la vie privée**,
- les **accidents de la circulation à l'exclusion de ceux survenus lorsque vous conduisez un véhicule 2 roues, tricycle ou quadricycle à moteur (quad, scooter à 3 roues...)**.

Dans les conditions prévues par cette option et si vos Conditions Particulières mentionnent l'extension accidents scolaires, vos enfants fiscalement à charge scolarisés en maternelle, dans le primaire ou le secondaire, sont garantis à l'école, au cours de leurs activités scolaires, et en cas de poliomyélite ou de méningite cérébro-spinale.

■ 2.1.2 L'OPTION B

L'option B garantit :

- les **accidents de la vie privée**,
- les **accidents de la circulation y compris ceux survenus lorsque vous conduisez un véhicule 2 roues, tricycle ou quadricycle à moteur (quad, scooter à 3 roues...)**.

Dans les conditions prévues par cette option et si vos Conditions Particulières mentionnent l'extension accidents scolaires, vos enfants fiscalement à charge scolarisés en maternelle, dans le primaire ou le secondaire, sont garantis à l'école, au cours de leurs activités scolaires, et en cas de poliomyélite ou de méningite cérébro-spinale.

■ 2.1.3 L'OPTION C

L'option C garantit les **accidents de la vie privée**.

Dans les conditions prévues par cette option et si vos Conditions Particulières mentionnent l'extension accidents scolaires, vos enfants fiscalement à charge scolarisés en maternelle, dans le primaire ou le secondaire, sont garantis à l'école, au cours de leurs activités scolaires, et en cas de poliomyélite ou de méningite cérébro-spinale.

2.2 • QUELS SONT LES DIFFÉRENTS PRÉJUDICES INDEMNISABLES ?

■ 2.2.1 LES DÉPENSES DE SANTÉ ACTUELLES

Nous remboursons au **bénéficiaire** les **dépenses de santé actuelles**.

■ 2.2.2 LA GARANTIE SCOLAIRE

Si vos Conditions Particulières mentionnent l'extension accidents scolaires, nous remboursons au **bénéficiaire** :

- les **frais d'interruption de scolarité**,
- le **vol des effets personnels par agression ou racket**.

■ 2.2.3 L'ATTEINTE PERMANENTE À L'INTÉGRITÉ PHYSIQUE ET PSYCHIQUE (AIPP)

Nous versons au **bénéficiaire** l'**indemnisation forfaitaire prévue au titre du déficit fonctionnel permanent résultant de l'AIPP**.

■ 2.2.4 LE DÉCÈS

Nous versons au(x) **bénéficiaire(s)** l'**indemnisation forfaitaire prévue au titre du décès**, si le décès de l'**assuré** du fait de l'accident garanti intervient dans un délai maximum d'un an soit à partir de cet accident, soit à partir de la date de **consolidation**.

2.3 • TABLEAU RÉCAPITULATIF DE NOS GARANTIES, LIMITES ET FRANCHISES POUR LA FORMULE DE BASE

GARANTIES	LIMITES (par événement et par victime)	FRANCHISES
DÉPENSES DE SANTÉ ACTUELLES		Montant indiqué sur vos Conditions Particulières
GARANTIE SCOLAIRE - Frais d'interruption de scolarité - Vol des effets personnels par agression ou racket <i>dans la limite de 2 événements par année d'assurance</i>	Frais réels à concurrence du montant indiqué sur vos Conditions Particulières	Franchise relative de 10 jours d'interruption scolaire
		Sans
ATTEINTE PERMANENTE À L'INTÉGRITÉ PHYSIQUE ET PSYCHIQUE (AIPP)	Indemnisation forfaitaire calculée à partir du capital indiqué sur vos Conditions Particulières	Sans
DÉCÈS		



3

**LES FORMULES GARANTIE DES
ACCIDENTS DE LA VIE (GAV)**

3.1 • QUELS SONT LES ÉVÉNEMENTS ACCIDENTELS GARANTIS ?

Les événements accidentels pour lesquels vous êtes assuré sont déterminés par l'une des **options** que vous avez choisie, mentionnée sur vos Conditions Particulières.

■ 3.1.1 L'OPTION A

L'option A garantit :

- les **accidents de la vie privée**,
- les **accidents de la circulation à l'exclusion de ceux survenus lorsque vous conduisez un véhicule 2 roues, tricycle ou quadricycle à moteur (quad, scooter à 3 roues...)**,
- les **accidents médicaux** entraînant le décès de l'**assuré** ou une **Atteinte permanente à l'Intégrité Physique et Psychique (AIPP)** imputable directement à l'accident.

Dans les conditions prévues par cette option, vos enfants fiscalement à charge scolarisés en maternelle, dans le primaire ou le secondaire, sont garantis à l'école, au cours de leurs activités scolaires, et en cas de poliomyélite ou de méningite cérébro-spinale.

■ 3.1.2 L'OPTION B

L'option B garantit :

- les **accidents de la vie privée**,
- les **accidents de la circulation y compris** ceux survenus lorsque vous conduisez un véhicule 2 roues, tricycle ou quadricycle à moteur (quad, scooter à 3 roues...),
- les **accidents médicaux** entraînant le décès de l'**assuré** ou une **Atteinte permanente à l'Intégrité Physique et Psychique (AIPP)** imputable directement à l'accident.

Dans les conditions prévues par cette option, vos enfants fiscalement à charge scolarisés en maternelle, dans le primaire ou le secondaire, sont garantis à l'école, au cours de leurs activités scolaires, et en cas de poliomyélite ou de méningite cérébro-spinale.

3.2 • QUELS SONT LES DIFFÉRENTS PRÉJUDICES INDEMNISABLES ?

■ 3.2.1 LES DÉPENSES DE SANTÉ ACTUELLES

Nous remboursons au **bénéficiaire** les **dépenses de santé actuelles**.

■ 3.2.2 LA GARANTIE SCOLAIRE

Nous remboursons au **bénéficiaire** :

- les **frais d'interruption de scolarité**,
- le **vol des effets personnels par agression ou racket**.

■ 3.2.3 L'ATTEINTE PERMANENTE À L'IN-TÉGRITÉ PHYSIQUE ET PSYCHIQUE (AIPP)

- En cas d'**accident de la vie privée** ou d'**accident médical** entraînant une **AIPP** au moins égale à **30 % (formule GAV Confort)** ou **10 % (formule GAV Confort +)**, nous versons au **bénéficiaire** une **indemnisation en droit commun** pour :

- le **déficit fonctionnel permanent**,
- la perte de gains professionnels futurs,
- l'incidence professionnelle,
- les **frais d'assistance permanente par tierce personne**,
- les **frais de logement et de véhicule adaptés**.

- En cas d'**accident de la vie privée** ou d'**accident médical entraînant une AIPP inférieure à 30 % (formule GAV Confort) ou 10 % (formule GAV Confort +) ou en cas d'accident de la circulation**, nous versons au **bénéficiaire l'indemnisation forfaitaire prévue au titre du déficit fonctionnel permanent résultant de l'AIPP**.

■ 3.2.4 LE DÉCÈS

- En cas d'**accident de la vie privée** ou d'**accident médical entraînant un décès**, nous versons au(x) **bénéficiaire(s)**, une **indemnisation en droit commun** au titre :

- de la **perte de revenus des proches**,
- des **frais divers des proches**,
- des **frais d'obsèques**.

- En cas d'**accident de la circulation entraînant un décès**, nous versons au(x) **bénéficiaire(s)** l'**indemnisation forfaitaire prévue au titre du décès** si le décès de l'**assuré** du fait de l'accident garanti intervient dans un délai maximum d'un an soit à partir de cet accident, soit à partir de la date de **consolidation**.

■ 3.2.5 LES PRÉJUDICES PERSONNELS

En cas d'**accident de la vie privée** ou d'**accident médical entraînant un décès** ou une **AIPP** au moins égale à **30 % (formule GAV Confort) ou 10 % (formule GAV Confort +)**, nous versons au(x) **bénéficiaire(s)** une **indemnisation en droit commun** pour leurs **préjudices personnels**.

3.3 • TABLEAU RÉCAPITULATIF DE NOS GARANTIES, LIMITES ET FRANCHISES POUR LES FORMULES GAV

GARANTIES	LIMITES (par événement et par victime)	FRANCHISES
DÉPENSES DE SANTÉ ACTUELLES		Montant indiqué sur vos Conditions Particulières
GARANTIE SCOLAIRE - Frais d'interruption de scolarité	Frais réels à concurrence du montant indiqué sur vos Conditions Particulières	Franchise relative de 10 jours d'interruption scolaire
- Vol des effets personnels par agression ou racket <i>dans la limite de 2 événements par année d'assurance</i>		Sans
ATTEINTE PERMANENTE À L'INTÉGRITÉ PHYSIQUE ET PSYCHIQUE (AIPP) - Accidents de la vie privée ou accidents médicaux avec taux d'AIPP \geq à 30 % (formule Confort) ou \geq à 10 % (formule Confort +)	Indemnisation en droit commun à concurrence du plafond indiqué sur vos Conditions Particulières	Sans
- Accidents de la vie privée ou accidents médicaux avec taux d'AIPP $<$ à 30 % (formule Confort) ou $<$ à 10 % (formule Confort +) - Accidents de la circulation entraînant une AIPP (quel que soit son taux)	Indemnisation forfaitaire calculée à partir du capital indiqué sur vos Conditions Particulières	
DÉCÈS - Accidents de la vie privée ou accidents médicaux	Indemnisation en droit commun à concurrence du plafond indiqué sur vos Conditions Particulières	
- Accidents de la circulation	Indemnisation forfaitaire calculée à partir du capital indiqué sur vos Conditions Particulières	
PRÉJUDICES PERSONNELS - Accidents de la vie privée ou accidents médicaux avec taux d'AIPP \geq à 10 % (formule Confort +) ou \geq à 30 % (formule Confort) ou entraînant un décès	Indemnisation en droit commun à concurrence du plafond indiqué sur vos Conditions Particulières	
- Accidents de la vie privée ou accidents médicaux avec taux d'AIPP $<$ à 10 % (formule Confort +) ou $<$ à 30 % (formule Confort) - Accidents de la circulation entraînant un décès ou une AIPP (quel que soit son taux)	Néant	

4



L'ACCIDENT ET SES CONSÉQUENCES



4.1 • QUE DEVEZ-VOUS FAIRE EN CAS D'ACCIDENT ?

■ 4.1.1 LE DÉLAI DE DÉCLARATION

Vous devez nous déclarer le sinistre dès que vous en avez connaissance et au plus tard dans les **5 jours ouvrés**, par téléphone ou par déclaration contre récépissé à l'une de nos Agences GMF ou par courrier recommandé adressé à :

GMF Assurances
Service client IRD
TSA 74397
77213 Avon cedex

Attention : si le sinistre n'est pas déclaré dans le délai imparti, sauf cas fortuit ou de force majeure, vous perdez votre droit à obtenir une indemnisation si nous établissons que ce retard nous a causé un préjudice.

■ 4.1.2 LES ÉLÉMENTS À NOUS COMMUNIQUER

Vous devez nous indiquer dans votre déclaration de sinistre ou, en cas d'impossibilité, dans une déclaration ultérieure faite dans le plus bref délai, la date et les circonstances de l'accident, ses causes connues ou présumées, l'identité des victimes, le lieu où elles se trouvent et la description de leurs blessures.

Toute personne qui bénéficie de la garantie doit nous fournir :

- toute justification utile sur la réalité du dommage subi,
- toute information sur une indemnisation obtenue ou à obtenir par ailleurs de la Sécurité sociale et autres organismes similaires ou complémentaires, ou d'autres assureurs,
- tous les documents et renseignements qui nous sont nécessaires pour fixer le montant de l'indemnisation.

Prenez donc bien soin de conserver toutes les pièces ayant un caractère de justification ou d'information.

Attention : nous ne prenons pas en charge le sinistre si, de mauvaise foi, vous dénaturez les circonstances de l'accident, exagérez le montant des préjudices, dissimulez l'obtention d'autres prestations de caractère indemnitaire ou d'indemnités, utilisez volontairement comme justification des moyens frauduleux ou des documents inexacts.

■ 4.1.3 L'EXPERTISE MÉDICALE

En cas de dommages corporels, l'évaluation du préjudice se fonde sur un rapport médical établi par notre médecin expert, diplômé de la réparation du dommage corporel.

Cette évaluation médicale s'établit, **dans la limite des postes indemnisables**, d'après le "barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun" publié par Le Concours Médical (dernière édition parue à la date de l'expertise médicale).

Attention : pour permettre cette évaluation, vous devez vous soumettre aux examens médicaux que nous requérons. À défaut, les effets du contrat risquent d'être suspendus à votre égard.

Vous devez à cette occasion déclarer à notre médecin expert tous accidents ou maladies antérieures vous ayant laissé des séquelles physiologiques définitives.

Lors de l'expertise médicale, vous pouvez vous faire assister par un médecin de votre choix ; les frais et honoraires de ce dernier restent à votre charge exclusive.

Notre médecin expert doit vous adresser un double du rapport de l'expertise médicale dans les 20 jours suivant l'examen.

En cas de désaccord, nous désignons avec vous un 3^{ème} médecin agissant en qualité de tiers expert ; les frais et honoraires de ce dernier sont supportés, à charge égale, par vous et par nous. En cas de désaccord

sur le choix du tiers expert ou sur les conclusions de l'expertise, le médecin sera désigné par le Président du Tribunal de Grande Instance. Le Président du Tribunal de Grande Instance est saisi à nos frais, par requête signée des deux parties ou d'une partie seulement, l'autre ayant été informée par lettre recommandée.

4.2 • L'INTERVENTION PRÉALABLE DE L'ASSUREUR GAV

Même si l'événement objet de la garantie est susceptible de donner lieu à recours contre un tiers, assuré ou non, ou entrer dans le champs d'intervention d'un fonds d'indemnisation, nous intervenons en priorité pour indemniser l'**assuré** victime ou les **bénéficiaires**

du présent contrat (**principe d'intervention de l'assureur direct**).

Le cas échéant, nous pourrions alors mettre en application les dispositions prévues au paragraphe 4.6 "La subrogation".

4.3 • DANS QUELS DÉLAIS RÉGLONS-NOUS ?

Lorsque la garantie est due, l'offre définitive d'indemnisation doit être faite dans **un délai de 3 mois** suivant la date à laquelle nous avons été informés de la **consolidation** ou du décès de l'**assuré**, à condition que, dans ce délai, la victime ou les **bénéficiaires** nous aient communiqué l'état des prestations perçues ou à percevoir.

Dans le cas où notre médecin expert ne peut conclure de manière définitive, mais estime que l'**Atteinte permanente à l'Intégrité Physique et Psychique (AIPP)** directement

imputable à l'accident dépassera le seuil d'intervention prévu par la formule "Garantie des Accidents de la Vie" que vous avez choisie et qui est mentionnée sur vos Conditions Particulières, nous devons vous faire une offre provisionnelle dans le mois suivant la communication qui nous sera faite du rapport d'expertise médical.

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

4.4 • QUE SE PASSE-T-IL EN CAS D'AGGRAVATION DE VOTRE ÉTAT ?

L'évolution de votre état en relation directe et certaine avec l'accident garanti, de nature à modifier les conclusions médicales initiales, ouvre droit à un complément d'indemnisation.

Toutefois, le cumul des indemnités successives ne peut dépasser le plafond

mentionné sur vos Conditions Particulières.

Si l'indemnité due à la suite de l'aggravation de votre état s'avérait inférieure à celle qui vous a déjà été réglée, celle-ci vous restera acquise.

4.5 • QUE SE PASSE-T-IL EN CAS DE DÉCÈS DE L'ASSURÉ APRÈS INDEMNISATION RÉSULTANT D'UNE ATTEINTE PERMANENTE À L'INTÉGRITÉ PHYSIQUE ET PSYCHIQUE (AIPP) ?

Lorsque, postérieurement au versement de l'indemnité résultant d'une **Atteinte permanente à l'Intégrité Physique et Psychique (AIPP)**, l'**assuré** décède des suites de l'accident, les indemnités dues au titre du décès sont versées déduction faite des sommes

déjà réglées par nous résultant de l'**AIPP** et des **préjudices personnels**. Si les indemnités déjà réglées sont supérieures à celles dues au titre du décès, elles restent acquises aux **bénéficiaires**.

4.6 • LA SUBROGATION

En vertu de l'article L 121-12 du Code des assurances, la subrogation nous permet d'agir à votre place dans vos droits et actions contre tout responsable de l'accident **dans la limite des indemnités** payées par nous.

La garantie ne jouera plus en votre faveur si, de votre fait, nous ne pouvons plus

exercer ce recours pour récupérer les indemnités déjà versées.

Toutefois nous ne bénéficions pas de cette subrogation pour les **indemnisations forfaitaires prévues au titre du déficit fonctionnel permanent résultant de l'Atteinte permanente à l'Intégrité Physique et Psychique (AIPP) ou du décès**.



LA VIE DU CONTRAT

5.1 • LA PRISE D'EFFET ET LA DURÉE DU CONTRAT

Le contrat prend effet à la date et à l'heure indiquées aux Conditions Particulières.

Le contrat est conclu pour un an. Il est reconduit automatiquement d'année en année, sauf résiliation par vous ou par nous dans le respect des conditions prévues dans le tableau ci-après (voir 5.5 "La résiliation du contrat").

Délai de renonciation au contrat souscrit dans le cadre d'un démarchage au domicile ou sur le lieu de travail (article L 112-9 du Code des assurances).

Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec accusé de réception pendant le délai de 14 jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir

à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.

Cette disposition n'est pas applicable si vous avez eu connaissance d'un sinistre mettant en jeu le contrat.

Il vous suffit d'envoyer votre lettre de renonciation en recommandé avec accusé de réception à GMF - "service renonciation" 45930 Orléans cedex 09, selon le modèle ci-dessous.

"Je soussigné(e) (nom, prénom, adresse complète) désire renoncer au contrat souscrit dans le cadre d'un démarchage (nom du contrat, numéro de contrat, date de souscription).

Date et signature".

Vos garanties cesseront à compter de la réception de votre lettre de renonciation et vous serez remboursé dans les 30 jours des sommes déjà versées excepté celles correspondant à la période de garantie déjà écoulée.

5.2 • VOS DÉCLARATIONS ET LEURS CONSÉQUENCES

À la souscription du contrat, vous vous engagez à être de bonne foi lors de votre déclaration du risque et dans les réponses fournies aux questions que nous vous posons.

En cours de contrat, vous nous informez par lettre recommandée dans un délai de 15 jours des circonstances nouvelles ayant pour conséquence d'aggraver le risque et qui rendent de ce fait inexacts ou caduques les réponses que vous nous avez apportées

initialement et qui figurent sur vos Conditions Particulières.

Attention : à la souscription ou en cours de contrat, même si elle a été sans influence sur la survenance d'un sinistre, toute réticence, fausse déclaration intentionnelle, omission ou inexactitude dans la déclaration, lorsqu'elle change l'objet du risque ou en diminue notre opinion, est sanctionnée :

- en cas de mauvaise foi, par la nullité du contrat (art. L 113-8 du Code des assurances),
- en cas de bonne foi, par une réduction de l'indemnité résultant du sinistre, en proportion des cotisations payées par

rapport à celles qui auraient dû l'être lors de la souscription du contrat ou au jour de l'aggravation, si les données avaient été totalement et complètement déclarées (art. L 113-9 du Code des assurances).

5.3 • LE PAIEMENT DE VOTRE COTISATION ET LES CONSÉQUENCES DU NON-PAIEMENT

Votre cotisation, y compris les taxes et autres compléments, est payable annuellement et d'avance, le cas échéant par fraction comme indiqué aux Conditions Particulières, à notre siège social ou dans l'une de nos Agences GMF.

À défaut de paiement de votre cotisation ou d'une fraction de votre cotisation dans les 10 jours de son échéance, nous pouvons vous adresser une lettre recommandée de mise en demeure. Celle-ci entraîne la suspension des garanties 30 jours plus tard. Après un nouveau délai de 10 jours, nous pouvons résilier le contrat. Vous serez informé de cette résiliation soit par la lettre recommandée de mise en demeure, soit par une nouvelle lettre recommandée. Nous pouvons en outre

réclamer en justice le paiement des cotisations restant dues.

En cas de paiement du montant qui figure sur la lettre de mise en demeure, après suspension des garanties et avant résiliation du contrat, les garanties reprennent effet le lendemain à midi de la réception par nous du titre de paiement, **sous réserve de l'encaissement effectif de la cotisation.**

Attention : la suspension des garanties pour non-paiement de la cotisation entraîne la perte définitive de tout droit aux indemnités se rapportant à des accidents survenus ou ayant pris naissance pendant la période de suspension.

5.4 • LA RÉVISION DU MONTANT DE LA COTISATION OU DE LA FRANCHISE

Une évolution des résultats techniques peut nous amener à modifier la cotisation, ou le montant de la franchise frais médicaux, à partir de la première échéance principale suivant cette modification.

L'avis d'échéance que vous recevez fait état de cette révision et vous avez le droit de résilier le contrat dans le respect des conditions prévues dans le tableau ci-après (voir 5.5 "La résiliation du contrat").

Vous devrez nous régler la portion de cotisation calculée sur les bases de la cotisation précédente, correspondant à la période pendant laquelle les risques auront continué à être garantis.

La majoration de la cotisation résultant d'une modification des textes législatifs ou réglementaires ne vous permet pas d'utiliser la faculté de résiliation décrite ci-dessus.



5.5 • LA RÉSILIATION DU CONTRAT

Il peut être mis fin au contrat par vous ou par nous dans les formes suivantes :

- **lorsque vous résiliez le contrat**, vous devez nous le notifier par déclaration auprès de nos conseillers (en agence ou téléphone) ou par lettre ou support durable (messagerie sécurisée au sein de votre espace client sur gmf.fr ou messagerie sécurisée sur l'Application "GMF Mobile", mail).
- **lorsque nous résilions le contrat**, nous vous adressons la notification par lettre recommandée à votre dernier domicile déclaré.

- **lorsque le contrat est résilié à l'échéance**, la date de départ du délai de préavis est celle de votre demande (date du récépissé délivré par l'Agence GMF, date de l'appel téléphonique, date du recommandé, cachet de la poste de la lettre simple, date du mail ou du message).

Lorsque le contrat est résilié au cours d'une période d'assurance, nous vous remboursons la fraction de cotisation afférente à la période non garantie. Toutefois, en cas de non-paiement de cotisation, nous avons droit à cette fraction de cotisation à titre d'indemnité de résiliation.

Votre contrat peut être résilié dans les cas ci-après :

RÉSILIATION PAR VOUS		
MOTIFS DE RÉSILIATION	DÉLAI D'ENVOI DE VOTRE NOTIFICATION DE RÉSILIATION	QUAND PREND EFFET LA RÉSILIATION ?
<ul style="list-style-type: none"> • Faculté annuelle de résiliation 	Au plus tard 2 mois avant l'échéance principale	Au jour de l'échéance principale à zéro heure
<ul style="list-style-type: none"> • Décès d'un assuré • Enfant assuré cessant d'être fiscalement à charge 	Dans les 3 mois qui suivent la date de l'événement	1 mois après votre notification de résiliation
<ul style="list-style-type: none"> • Changement de domicile, de situation ou de régime matrimonial, de profession • Retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle 	Dans les 3 mois qui suivent la date de l'événement	1 mois après votre notification de résiliation
<ul style="list-style-type: none"> • Diminution du risque, si nous refusons de réduire le montant de la cotisation en conséquence 	Dès que vous avez connaissance de notre refus de réduire la cotisation	30 jours après votre notification de résiliation
<ul style="list-style-type: none"> • Augmentation de la cotisation ou d'une franchise en dehors de toute modification légale ou réglementaire 	Dès que vous avez connaissance de la modification et au plus tard dans les 30 jours suivant l'échéance principale du contrat	30 jours après votre notification de résiliation
<ul style="list-style-type: none"> • Résiliation par nous d'un autre de vos contrats après sinistre 	Dans le mois qui suit l'envoi de la lettre de résiliation du contrat sinistré	Un mois après votre notification de résiliation du présent contrat

RÉSILIATION PAR NOUS		
MOTIFS DE RÉSILIATION	DÉLAI D'ENVOI DE LA NOTIFICATION DE RÉSILIATION	QUAND PREND EFFET LA RÉSILIATION ?
• Non-paiement de votre cotisation ou d'une fraction de votre cotisation	Au plus tôt 10 jours après l'échéance	40 jours après la date d'envoi de notre lettre de mise en demeure annonçant la résiliation
• Omission ou inexactitude dans la déclaration du risque	Dès que nous en avons eu connaissance	10 jours après la date d'envoi de notre lettre de résiliation
• Aggravation du risque	Dès que nous en avons eu connaissance sauf si nous avons continué à percevoir les cotisations ou payé des indemnités postérieures	- Si nous résilions le contrat : 10 jours après la date d'envoi de notre lettre de résiliation - Si nous proposons un nouveau montant de cotisation et que vous ne donnez pas suite ou que vous refusez la proposition : 30 jours après notre proposition de nouvelle cotisation

RÉSILIATION DE PLEIN DROIT	
MOTIFS DE RÉSILIATION	QUAND PREND EFFET LA RÉSILIATION ?
• Retrait total de notre agrément	Le quarantième jour à midi après la publication au Journal Officiel de l'arrêté prononçant le retrait



5.6 • LA PRESCRIPTION

Il s'agit du délai au-delà duquel aucune réclamation ne peut être présentée.

Toute action dérivant du présent contrat doit être engagée dans un délai de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque, qu'à

compter du jour où nous en avons eu connaissance,

- en cas de sinistre, qu'à compter 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, qu'à compter du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'**assuré** ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est néanmoins portée à 10 ans à l'égard des **bénéficiaires** en cas de décès.

La prescription peut être interrompue par l'une des causes ordinaires d'interruption de celle-ci :

- citation en justice, même en référé,
 - actes d'exécution forcée à l'encontre de celui que l'on veut empêcher de prescrire,
 - reconnaissance du droit de celui contre lequel la prescription devrait jouer;
- ainsi que dans les cas ci-après :

- désignation d'experts à la suite d'un sinistre,
- envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception :

- de vous à nous pour le règlement de l'indemnité après sinistre,
- de nous à vous pour action en paiement de la cotisation.

La prescription peut aussi être suspendue par la mise en œuvre de la procédure de médiation prévue au présent contrat ou par la conclusion d'une convention de procédure participative prévue à l'article 2062 et suivants du Code Civil.

5.7 • LA RÉCLAMATION/LA MÉDIATION

En premier lieu, formulez votre réclamation auprès de votre interlocuteur habituel :

- **En agence**, auprès de votre conseiller ou de votre directeur d'agence,
- **Par téléphone**, en composant le 0970 809 809 (numéro non surtaxé),
- **Par courrier**, aux coordonnées habituelles.

Si, malgré les explications fournies, la réponse apportée ne permet pas de résoudre le différend, vous avez la possibilité en second lieu d'effectuer un recours sur réclamation auprès de :

“Recours sur réclamation”
148, rue Anatole France
92597 Levallois-Perret cedex.

Vous obtenez alors notre position définitive.

Nous accuserons réception de votre réclamation dans les 10 jours ouvrables à compter de sa réception, sauf si une réponse vous a été apportée dans ce délai.

Nous nous engageons à vous tenir informé si la durée du traitement de votre réclamation devait être dépassée.

Sauf circonstances particulières, la durée cumulée du traitement de votre réclamation par votre interlocuteur habituel et par le service de Recours sur réclamation, n'excèdera pas celle fixée et révisée périodiquement par l'ACPR (au 1^{er} mai 2017 cette durée est de 2 mois).


Une fois toutes les voies de recours internes épuisées ou si aucune réponse ne vous a été apportée dans les délais impartis, vous avez la possibilité, si le désaccord persiste, de saisir le Médiateur de l'Assurance, directement sur le site internet : **www.mediation-assurance.org*** ou par courrier à l'adresse suivante : la Médiation de l'Assurance - TSA 501 10 - 75441 Paris cedex 09.

Vous pouvez également accéder à la plateforme de Règlement en ligne des litiges : <https://webgate.ec.europa.eu/odr/main/?event=main.home.show&lng=FR>

Vous disposez d'un délai d'un an à compter de votre recours sur réclamation pour saisir le Médiateur.

Dans tous les cas, vous conservez la faculté de saisir le tribunal compétent.

** La charte “la Médiation de l’Assurance”, précisant les conditions d’intervention du Médiateur de l’Assurance, est disponible sur ce site.*



LA GARANTIE MUTUELLE DES FONCTIONNAIRES et employés de l'État et des services publics et assimilés - Société d'assurance mutuelle - Entreprise régie par le Code des assurances - 775 691 140 R.C.S. Nanterre - APE 6512Z - Siège social : 148, rue Anatole France 92597 Levallois-Perret cedex - Adresse postale : 45930 Orléans cedex 9
ASSURANCES MUTUELLES DE FRANCE - Société d'assurance mutuelle - Entreprise régie par le Code des assurances - 323 562 678 R.C.S. Nanterre - APE 6512Z - Siège social : 148, rue Anatole France 92597 Levallois-Perret cedex - Adresse postale : 45930 Orléans cedex 9 - GMF ASSURANCES - Société anonyme d'assurance au capital de 181 385 440 euros entièrement versé - Entreprise régie par le Code des assurances - 398 972 901 R.C.S. Nanterre - APE 6512Z - Siège social : 148, rue Anatole France 92597 Levallois-Perret cedex
Adresse postale : 45930 Orléans cedex 9 - LA SAUVEGARDE - Société anonyme d'assurance au capital de 38 313 200 euros entièrement versé - Entreprise régie par le Code des assurances - 612 007 674 R.C.S. Nanterre - APE 6512Z - Siège social : 148, rue Anatole France 92597 Levallois-Perret cedex - Adresse postale : 45930 Orléans cedex 9