

CONDITIONS GÉNÉRALES DU CONTRAT RADIANCE BLESSURES

Réf : BDAP-RAD-04-2020-1

I – PRÉSENTATION DU CONTRAT

ARTICLE 1 – OBJET DU CONTRAT

Ce contrat permet de garantir, **selon le choix de garanties effectué par le souscripteur lors de la souscription** :

- en cas de blessure accidentelle, le versement d'une indemnité forfaitaire ainsi que des services d'assistance ;
- en cas de décès accidentel, le versement d'un capital.

- **Assureurs** :

Pour les garanties versées sous la forme d'une indemnité forfaitaire ou d'un capital : **AUXIA**, entreprise du groupe Malakoff Humanis régie par le Code des assurances, SA au capital de 74 545 776 euros - RCS de Paris 422 088 476 - siège social au 21 rue Laffitte, 75009 Paris

Pour les prestations d'assistance en cas de blessure accidentelle : **AUXIA Assistance**, entreprise du groupe Malakoff Humanis, régie par le Code des assurances, SA au capital 1 780 000 euros - RCS de Paris 351 733 761 - siège social au 21 rue Laffitte, 75009 Paris

ARTICLE 2 – NATURE DU CONTRAT

Radiance Blessures est un contrat individuel d'assurance, soumis à la loi française.

Il est régi par le Code des assurances et relève des branches n° 1 (accident) et n° 18 (assistance) des opérations d'assurance.

ARTICLE 3 – DÉFINITIONS

• **Accident** : toute atteinte corporelle non intentionnelle sur la personne de l'assuré, résultant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

Les maladies, même si elles se manifestent sous une apparence accidentelle (AVC, arrêt cardiaque...), ne sont pas des accidents.

La preuve de la relation directe de cause à effet entre l'accident et la blessure ou le décès incombe au(x) bénéficiaire(s).

- **Amputation** : l'ablation d'une extrémité du corps suite à un traumatisme ou un acte chirurgical.
- **Assurance « solo »** : le souscripteur est l'unique personne assurée au titre du contrat.
- **Assurance « couple/famille »** : les assurés sont :
 - Le souscripteur dans tous les cas,
 - Et ses enfants et/ou ceux de son conjoint, sous réserve des modalités prévues dans les présentes conditions générales,
 - Et le conjoint du souscripteur (la définition du conjoint étant précisée dans les conditions générales).
- **Assuré** : la personne dont la blessure accidentelle entraîne le versement de l'indemnité forfaitaire et la réalisation des services d'assistance, ou dont le décès accidentel entraîne le versement d'un capital (uniquement si le défunt est le souscripteur ou son conjoint ; les enfants ne sont pas couverts par la garantie en cas de décès accidentel).
- **Bénéficiaire, selon le choix de garanties effectué par le souscripteur lors de la souscription** :
 - En cas de blessure accidentelle : la personne physique désignée pour recevoir l'indemnité forfaitaire.
 - En cas de décès accidentel : la personne désignée dans les conditions particulières pour recevoir le capital décès.
- **Brûlure** : une lésion des tissus provoquée par le contact avec un élément ayant une température élevée qui peut être solide, liquide ou incandescent, ou de l'exposition à des flammes.
 - Brûlure du 1^{er} degré : une simple rougeur douloureuse de la peau.
 - Brûlure du 2^e degré : donne lieu à l'apparition de phlyctènes.
 - Brûlure du 3^e degré : une destruction totale de l'épiderme et du derme.
- **Conjoint** : au jour de la mise en œuvre des garanties, est considérée comme conjoint la personne mariée, pacsée ou vivant maritalement avec le souscripteur, déclarée dans la

demande de souscription ou dans un avenant. : Le concubin est la personne ayant une vie commune notoire et permanente avec le souscripteur pendant une durée d'au moins deux ans. Aucune durée n'est exigée si un enfant est né de cette union. Le souscripteur et le concubin ne doivent être mariés, ni l'un ni l'autre, ni liés par un pacte civil de solidarité.

Le conjoint signe ce document pour accepter d'être couvert au titre de l'assurance en cas de blessure accidentelle ou de décès accidentel.

- **Domicile** : le lieu de résidence principale du souscripteur situé en France métropolitaine ou en Principauté de Monaco, à l'exclusion de toute résidence secondaire.
- **Enfant(s)** : les enfants âgés de plus de 6 mois et de moins de 18 ans, fiscalement à la charge du souscripteur ou de son conjoint, au moment du sinistre.
- **Fracture** : une lésion osseuse consistant en une rupture complète ou incomplète avec ou sans déplacement des fragments.
 - Fracture multi-fragmentaire : une lésion osseuse ayant plusieurs sièges sur un même os, à l'exclusion des tassements vertébraux.
 - Fracture ouverte : une lésion osseuse dont le foyer communique avec l'extérieur.
- **Luxation** : un déplacement permanent de deux surfaces articulaires qui ont perdu plus ou moins complètement les rapports qu'elles affectent normalement l'une avec l'autre.
- **Souscripteur** : la personne physique, assurée au titre du contrat, qui signe la demande de souscription, s'engage à payer les cotisations et qui exerce l'administration du contrat (notamment une demande de modification, de changement de bénéficiaire).

II – SOUSCRIPTION DU CONTRAT

ARTICLE 4 – CONDITIONS DE SOUSCRIPTION

Radiance Blessures est réservé aux assurés domiciliés en France métropolitaine ou en Principauté de Monaco et âgés au jour de la souscription de 18 ans à 80 ans inclus.

L'âge est calculé par différence de millésimes entre l'année de la souscription et l'année de naissance.

Le souscripteur peut souscrire une assurance :

- « solo » ;

Ou

- « couple/famille ».

Dans le cas d'une souscription « couple/famille », si le conjoint est également assuré, il doit, au jour de la souscription, être âgé de 18 à 80 ans inclus.

Si le souscripteur et son conjoint sont assurés, les deux membres du couple bénéficieront des mêmes garanties.

L'assuré ne peut pas être garanti simultanément par plusieurs contrats Radiance Blessures. Si cela était, l'engagement de l'assureur serait en tout état de cause limité à la première souscription.

ARTICLE 5 – DÉSIGNATION DU BÉNÉFICIAIRE

Cette désignation dépend des garanties choisies par le souscripteur lors de la souscription.

En cas de blessure accidentelle couverte au titre du présent contrat, l'indemnité forfaitaire garantie est versée à l'assuré victime de l'accident.

En cas de décès accidentel, le capital garanti est versé au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) dans les conditions particulières.

Le souscripteur peut à tout moment sous réserve d'en informer AUXIA par courrier, modifier la désignation des bénéficiaires en cas de décès, lorsque celle-ci n'est plus appropriée.

ARTICLE 6 – DATE D'EFFET ET DURÉE DU CONTRAT

Date d'effet du contrat

En souscrivant au présent contrat, le souscripteur accepte que le contrat et les garanties prennent effet, sous réserve de l'encaissement effectif de la première cotisation mensuelle exigible, à compter de la date de conclusion de la souscription.

Durée du contrat

Le contrat est conclu pour une durée initiale de 12 mois à compter de sa date de conclusion. Sous réserve des événements pouvant mettre un terme au contrat, il se renouvellera ensuite par tacite reconduction, pour des périodes successives de 12 mois, sans intervention de la part du souscripteur ni de l'assureur.

Événements pouvant mettre un terme au contrat

Le contrat ne prend fin que dans les cas ci-après :

- Décès du souscripteur.

Si le souscripteur a souscrit l'assurance « couple/famille », et que le conjoint est lui-même également assuré, le contrat reste maintenu en cas de décès du conjoint.

- dénonciation du contrat par le souscripteur à tout moment par lettre recommandée avec accusé de réception. La dénonciation prend effet dès la réception par l'assureur de la décision du souscripteur ;

- résiliation par l'assureur à l'échéance. Cette résiliation prend effet au terme d'un délai de 2 mois suivant la notification envoyée par l'assureur au souscripteur, par lettre recommandée avec accusé de réception ;

- Le non-paiement des cotisations par le souscripteur : dans les conditions prévues à l'article 9.

La cessation du contrat entraîne la fin des garanties. Aucune cotisation n'est restituée au souscripteur.

III – PAIEMENT DES COTISATIONS

ARTICLE 7 – MONTANT DE LA COTISATION

Le montant de la cotisation est indiqué dans les conditions particulières.

ARTICLE 8 – MODALITÉS DE RÈGLEMENT DES COTISATIONS

Durée de paiement

Les cotisations sont dues pendant toute la durée du contrat.

Périodicité des cotisations

La cotisation est payée mensuellement.

Modes de paiement

Les cotisations sont versées selon les modalités rappelées dans le dossier de souscription.

Le règlement en espèces ou par chèque de banque n'est pas autorisé.

ARTICLE 9 – CONSÉQUENCES DU NON-PAIEMENT DES COTISATIONS

Conformément à l'article L 113-3 du Code des assurances, à défaut de paiement d'une cotisation dans les 10 jours de son échéance prévue, l'assureur adresse au souscripteur une lettre recommandée avec accusé de réception par laquelle il l'informe qu'à l'expiration d'un délai de 30 jours à dater de l'envoi de cette lettre, le défaut de paiement de la cotisation venue à échéance entrainera la suspension des garanties.

Si au-delà de ce délai, la cotisation n'est pas régularisée dans les 10 jours, le contrat est résilié et les cotisations versées restent acquises à l'assureur.

IV – GARANTIES PROPOSÉES AU TITRE DU CONTRAT

Le souscripteur peut décider de souscrire, au choix :

- Soit aux garanties blessure accidentelle, assistance et décès accidentel ;

- Soit uniquement à la garantie en cas de décès accidentel.

Le choix effectué par le souscripteur est précisé dans la demande de souscription.

ARTICLE 10 – INDEMNITÉ FORFAITAIRE EN CAS DE BLESSURE ACCIDENTELLE

Assurés

Peuvent être assurés :

- En cas de souscription « solo » : le souscripteur ;

- En cas de souscription « couple/famille » : le souscripteur, son conjoint (s'il est également assuré) et les enfants du couple.

Territorialité de la garantie

Cette garantie est valable dans le monde entier, quel que soit le lieu où se situe l'assuré lors de la survenance de l'accident.

Événements couverts

La blessure accidentelle correspond, **dans la limite des cas définis dans le barème des indemnités (présenté en annexe)**, à toute atteinte corporelle **non intentionnelle** sur la personne de l'assuré, déclarée et constatée au plus tard dans un délai de 30 jours calendaires à compter de la survenance de l'accident.

La réapparition, l'aggravation d'une blessure ou l'apparition d'une nouvelle blessure, dans les 120 jours calendaires qui suivent un accident, n'ouvre pas droit à une nouvelle indemnité, dès lors que les blessures se rattachent à un seul et même accident.

Montant de l'indemnité

En cas de survenance d'une blessure garantie au titre du contrat, l'assureur verse une indemnité forfaitaire dont le montant est déterminé conformément au barème des indemnités (présenté en annexe) et au niveau de garantie souscrit.

Cas particuliers de limitation concernant la garantie « blessure accidentelle » :

Le montant de l'indemnité forfaitaire versée par l'assureur est divisé par deux :

- si l'assuré victime de l'accident est âgé d'au moins **85 ans au jour de la survenance de l'accident ;**
- si l'assuré est un enfant au sens des présentes conditions générales.

Modalité de déclaration de la blessure

Afin de constituer un dossier d'indemnisation, un formulaire intitulé « demande d'indemnisation » doit être envoyé au Médecin Conseil Chef complété, daté et signé par l'assuré et le médecin de son choix dans un délai de 30 jours suivant l'accident.

Un exemplaire de ce formulaire est transmis sur simple demande auprès des services d'AUXIA. Lorsque l'assuré prouve qu'un cas de force majeure empêchait toute déclaration, le point de départ du délai correspond à la date à laquelle l'assuré est en capacité de faire la déclaration.

Déchéance du droit à indemnisation

Nous attirons l'attention sur le fait que la déclaration tardive entraîne la déchéance du droit à l'indemnité forfaitaire et à la garantie assistance, prévues en cas de blessure accidentelle.

Modalités d'examen de l'état de santé de l'assuré après la survenance de la blessure

L'assuré communique au Médecin Conseil Chef l'ensemble des pièces, notamment médicales, nécessaires à l'examen de sa

situation. Ce courrier doit être envoyé sous pli scellé et marqué « confidentiel médical » à l'adresse suivante :

Service Médecine Conseil
À l'attention du Médecin Conseil Chef
21 rue Laffitte
75317 Paris cedex 09

Le service Médecine Conseil est organisé pour garantir la confidentialité des données de santé et ne communique aux services administratifs d'AUXIA et d'AUXIA Assistance, aucun détail sur l'état de santé de l'assuré.

Les pièces à communiquer sont les suivantes :

- La demande d'indemnisation intégralement remplie, signée et datée par l'assuré et par le médecin de son choix ;
- Les documents médicaux précisés dans la demande d'indemnisation ;
- La copie recto/verso de la carte nationale d'identité en vigueur de l'assuré ou des 3^e et 4^e pages de son passeport en cours de validité ;
- Tout document attestant de la qualité d'assuré au contrat.

La prise en charge de l'indemnité forfaitaire est subordonnée à l'accord du Médecin Conseil Chef.

Le Médecin Conseil Chef a toujours la possibilité de faire vérifier l'état de santé par le médecin de son choix et/ou de faire pratiquer les examens médicaux et/ou de demander les pièces complémentaires qu'il jugera nécessaires.

Tout refus de se soumettre à l'analyse de la situation médicale ferait perdre à l'assuré ses droits à l'indemnisation forfaitaire.

Dans le cas où l'assuré serait en désaccord avec la décision du Médecin Conseil Chef, un médecin expert pourra être désigné, sur demande écrite de l'assuré, afin de départager les parties.

Ce médecin sera choisi sur la liste des experts auprès des tribunaux. À défaut d'entente sur ce choix, l'expert sera désigné par le Tribunal de Grande Instance du domicile de l'assuré qui statuera sur la requête des parties.

Les honoraires et frais relatifs à l'intervention de cet expert seront supportés à charges égales par les deux parties, celles-ci s'interdisant d'avoir recours à la voie judiciaire tant que l'expertise n'aura pas eu lieu.

Délai de règlement

Le règlement de l'indemnité forfaitaire prévue au titre de la garantie « blessure accidentelle » est effectué dans les 15 jours ouvrés (délais postaux non compris) après la réception, par les services de l'assureur, de l'accord du Médecin Conseil Chef.

Le bénéficiaire communique à AUXIA, les coordonnées bancaires (RIB / IBAN) d'un compte ouvert à son nom pour

le paiement de l'indemnité forfaitaire.

ARTICLE 11 – GARANTIE ASSISTANCE EN CAS DE BLESSURE ACCIDENTELLE

Assurés

Peuvent être assurés :

- en cas de souscription « solo » : le souscripteur ;
- en cas de souscription « couple/famille » : le souscripteur, son conjoint (s'il est aussi assuré) et les enfants du couple.

Territorialité de la garantie

La garantie assistance s'applique uniquement si l'accident survient en France métropolitaine.

Procédure à respecter pour demander la mise en œuvre de la garantie

La garantie d'assistance sera mise en œuvre à la réception du formulaire de demande d'indemnisation.

À cet effet, l'assuré communique un numéro de téléphone pour que les services de l'assureur le contactent afin de déterminer et d'organiser le service souhaité conformément à ce qui suit.

Limites au déclenchement de la garantie

Cette garantie peut être demandée dans la limite d'une fois par personne assurée au cours des 12 mois qui suivent une demande d'indemnisation.

Description de la garantie d'assistance

En fonction de sa situation et de ses besoins, **l'assuré qui demande la mise en œuvre de l'assistance choisit un ou plusieurs service(s), parmi les 5 services proposés ci-après :**

Service proposé	Aide à la vie quotidienne	Auxiliaire de vie	Livraison de repas	Aide aux devoirs	Garde des animaux
Maximum de la prestation	8 heures	8 heures	10 repas livrés	5 heures	5 jours consécutifs
Minimum imposé par intervention	2 heures	2 heures	5 repas par livraison	1 heure 30	1 journée
Description du service	<ul style="list-style-type: none"> - l'entretien courant du logement ; - le repassage, - la préparation des repas ; - les petites courses quotidiennes ; - l'accompagnement au bras pour les rendez-vous à proximité du domicile de l'assuré ; - l'aide dans les tâches administratives courantes. 	l'accompagnement de l'assuré dans les actes de la vie courante (toilette, habillement).	la préparation et la livraison des repas. La livraison est effectuée au domicile de l'assuré.	<p>Ce service peut être mis en œuvre pendant l'année scolaire en cours pour les enfants inscrits dans un établissement d'enseignement primaire ou secondaire.</p> <p>L'intervenant pourra se mettre en rapport avec l'établissement fréquenté afin d'évaluer avec les enseignants de l'enfant le programme à étudier.</p>	Organisation, prise en charge et transfert des animaux domestiques (chiens, chats) dans un établissement de garde proche de son domicile
Limites spécifiques applicables au service			<p>Les délais de mise en œuvre de ce service sont en moyenne de 4 jours ouvrés mais peuvent varier selon les disponibilités locales.</p> <p>Pour la préparation des repas, il ne saurait être tenu compte de considérations personnelles (notamment relatives au mode de vie, aux croyances, préférences).</p> <p>Toutefois, les repas fournis peuvent être établis de manière à tenir compte, sous réserve des disponibilités locales, des contraintes de santé de l'assuré (régime sans sucre, sans sel,...).</p>	L'assuré est âgé de moins de 16 ans à la date du déclenchement de l'assistance.	<p>Les frais de transport sont pris en charge dans la limite de 50 km depuis le domicile de l'adhérent.</p> <p>Animaux familiers (chiens ou chats uniquement) vivant habituellement au domicile du bénéficiaire et à sa charge. Les chiens de 1ère et 2ème catégorie (chiens d'attaque / chiens de garde et de défense) mentionnés dans l'arrêté du 27/04/99 pris en application de l'article L211-12 du Code rural sont exclus. La garantie Animaux domestiques ne peut être accordée que pour les chiens et les chats à jour de vaccination et identifiés (puçage, tatouage). À cet effet, il pourra être demandé, le passeport européen et le carnet de santé de l'animal.</p>

Attention :

- **Les services sont proposés sous réserve des disponibilités locales.**
- **Le montant total des services demandés ne doit pas être supérieur à 300 euros.** Le tarif de chaque service peut évoluer dans le temps et selon les disponibilités locales. Le tarif mis à jour est communiqué à l'Assuré lors de la demande de mise en œuvre et du choix des services.
- Le reliquat de services non consommé dans le délai de 12 mois ne donne droit à aucun remboursement, avoir ou restitution.

ARTICLE 12 – CAPITAL EN CAS DE DÉCÈS ACCIDENTEL

Assurés

Peuvent être assurés :

- En cas de souscription « solo » : le souscripteur ;
- En cas de souscription « couple/famille » et uniquement si le conjoint est lui aussi assuré : le souscripteur et son conjoint.

Les enfants ne sont pas assurés au titre du capital en cas de décès accidentel.

Âge de cessation de la garantie

La garantie « capital en cas de décès accidentel » cesse l'année des 81 ans de l'assuré. L'âge de l'assuré est calculé par différence de millésimes.

Montant du capital décès assuré

Le montant du capital assuré est indiqué dans la demande de souscription et précisé dans les conditions particulières.

Cas particulier de limitation concernant la garantie « capital décès accidentel »

Le décès ne peut être garanti au titre du présent contrat que s'il remplit les 2 conditions cumulatives suivantes :

- Le décès est directement causé par un accident ;
- Le décès survient dans les 12 mois (maximum) suivant cet accident.

Territorialité de la garantie

La garantie est valable dans le monde entier, quel que soit le lieu où se situe l'assuré lors de la survenance du décès accidentel.

Modalités de paiement du capital décès

Le bénéficiaire communique à AUXIA l'ensemble des pièces nécessaires au paiement du capital décès :

- Un extrait d'acte de décès au nom de l'assuré ;
- Toute pièce ou document attestant du caractère accidentel du décès ;

Pour le bénéficiaire :

- Une copie de sa carte nationale d'identité (recto/verso) ou de son passeport (3^e et 4^e pages). **Le document doit être en vigueur à la date de sa transmission ;**
- Toute pièce permettant de justifier du lien l'unissant à l'assuré décédé (certificat d'hérédité, copie du livret de famille, ...) ;
- Les coordonnées bancaires (RIB / IBAN) d'un compte ouvert à son nom pour le paiement.

Le bénéficiaire doit satisfaire, préalablement au paiement du capital décès, à l'ensemble des exigences réglementaires. À cet égard, l'assureur peut exiger la production de toute pièce complémentaire prévue par un texte qui s'impose à lui.

Délais de règlement

Le règlement du capital décès est effectué dans les 15 jours ouvrés (délais postaux non compris) suivant la remise des

pièces justificatives par le(s) bénéficiaire(s).

ARTICLE 13 – EXCLUSIONS COMMUNES À L'ENSEMBLE DES GARANTIES

Les garanties ne sont pas prises en charge par l'assureur pour les cas suivants :

- La tentative de suicide ;
- Le décès ou les blessures qui résultent du fait volontaire de l'assuré, d'un état de démence ou d'une rixe (sauf cas de légitime défense) ;
- La participation de l'assuré à des crimes ou délits, actes de terrorisme ou sabotage ;
- Un accident occasionné par une guerre civile ou étrangère, une insurrection, une émeute quel que soit le lieu où se déroulent les événements et quels que soient les protagonistes ;
- Les effets directs ou indirects d'une modification de la structure du noyau atomique ;
- Des effets directs ou indirects d'une explosion atomique ou des radiations ;
- Une pandémie ;
- Les accidents survenant à l'occasion de cataclysmes ou catastrophes naturelles, de faits de guerre étrangère, de guerre civile, de mouvement populaire, d'émeute, de grève ou de lock-out ;
- les accidents consécutifs au pilotage d'appareils de navigation aérienne, d'engins de course terrestres ou nautiques, à l'utilisation avec ou sans conduite d'un véhicule à moteur à deux ou trois roues, à la manipulation d'engins ou d'armes de guerre et d'armes à feu, à l'usage de stupéfiants ou de substances hallucinogènes non médicalement prescrites, à un état d'éthylisme avec un taux d'alcoolémie égal ou supérieur au seuil en vigueur au jour du sinistre fixé par le Code de la route français ;
- Les accidents subis à l'occasion de l'exercice d'une activité ou d'un entraînement de sapeur-pompier volontaire ;
- Les accidents consécutifs à la pratique de tout sport à titre professionnel ou de l'un des sports suivants : sports de combat (boxe, arts martiaux), plongée sous-marine avec scaphandre autonome, parachutisme.

Sont également exclues du bénéfice des garanties :

- Les fractures dont serait victime un assuré souffrant d'une ostéogénèse imparfaite (maladie des os de verre ou fragilité osseuse constitutionnelle), d'une anomalie de croissance (maladie d'Ollier, d'origine génétique), d'une anomalie osseuse de type cal, d'une hyper minéralisation osseuse, d'un cancer des os ou d'une ostéoporose ;
- Toute personne qui aurait causé ou provoqué intentionnellement le sinistre, les membres des forces armées, de gendarmerie, de police nationale ou municipale en service commandé ;
- Une maladie de toute nature ;

- Les brûlures de 2^e et 3^e degrés dues à une exposition au soleil ou à l'utilisation d'un appareil quelconque de bronzage artificiel.

Pour l'assistance en cas de blessure accidentelle :

• Sont en particulier exclus :

- Les frais engagés sans l'accord de l'assureur ou non expressément prévus par les présentes conditions générales ;
- Les frais non justifiés à l'assureur par l'original des documents présentés ;
- Les sinistres survenus avant la date de prise d'effet du présent contrat ou après le terme de ce contrat.

• L'assureur ne peut être tenu pour responsable des manquements à l'exécution des prestations, résultant :

- De cas de force majeure, de guerre civile (quel que soit le lieu où se déroulent les événements et quels que soient les protagonistes), d'instabilité politique notoire, de mouvements populaires, d'émeutes, d'actes de terrorisme, de représailles ;
- De restrictions à la libre circulation des personnes et des biens, et ce quel qu'en soit le motif (notamment sanitaire, de sécurité, météorologique, limitation ou interdiction de trafic aéronautique, grèves, explosions, catastrophes naturelles, désintégration du noyau atomique), ni des retards dans l'exécution des prestations résultant des mêmes causes.
- Des recours à des services publics locaux ou à des intervenants auxquels nous avons l'obligation de recourir en vertu de la réglementation locale, ni des retards dans l'exécution des prestations résultant des mêmes causes ;
- De la non-disponibilité aérienne et des contraintes administratives, ni des retards dans l'exécution des prestations résultant des mêmes causes.

V- AUTRES DISPOSITIONS

L'organisme chargé du contrôle de l'assureur est l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) située au 4, place de Budapest – CS 92459 – 75436 Paris Cedex 09.

ARTICLE 14 – RÉTICENCE OU FAUSSE DÉCLARATION

Toute réticence ou fausse déclaration portant sur les éléments constitutifs du risque ou du sinistre connus du souscripteur ou de l'assuré l'expose à la nullité des garanties (articles L 113-8 et L 113-9 du Code des assurances).

ARTICLE 15 – TRAITEMENT DES RÉCLAMATIONS ET DEMANDES CLIENTS

1. Votre service client

AUXIA a mis en place un service client accessible du lundi au vendredi de 9h00 à 18h00 et le samedi de 9h00 à 12h30 (hors jours fériés) :

Par téléphone : 09 79 99 03 48

Par courrier à :

AUXIA – Direction du Service client
TSA 10001
78075 SAINT QUENTIN YVELINES CEDEX

Par mail à l'adresse info@auxia.com

Pour plus de rapidité dans le traitement de votre demande, n'oubliez pas de nous communiquer :

- Vos noms, prénoms, votre adresse, les références de votre contrat, l'objet de votre démarche ;
- Un numéro de téléphone pour vous joindre le cas échéant.

Notre service client examine avec vous l'origine du problème et s'efforce de vous apporter une réponse dans les meilleurs délais. Lorsque la demande le nécessite, nous vous informons régulièrement de l'avancement du dossier.

2. Votre service réclamation

Si la réponse apportée par notre service client ne vous satisfait pas entièrement, nous vous invitons à adresser une réclamation écrite :

Par mail à l'adresse suivante : service-reclamations@auxia.com

Par courrier à :

AUXIA
Service réclamation
TSA 10001
78075 SAINT QUENTIN YVELINES CEDEX

Notre service réclamation vous informe régulièrement de l'avancement du dossier lorsque la complexité de la situation le nécessite.

3. Votre dispositif de médiation

Lorsqu'aucune solution à un litige relatif aux garanties n'a pu être trouvée avec l'Assureur, vous pouvez, sans préjudice du droit d'agir en justice, saisir la Médiation de l'Assurance.

Le Médiateur est une autorité indépendante et extérieure à la société d'assurance, qui examine et donne un avis sur le règlement des litiges liés au contrat d'assurance.

La demande doit être adressée :

Par voie électronique : www.mediation-assurance.org

Par courrier à l'adresse suivante :

La Médiation de l'Assurance
TSA 50110
75441 PARIS CEDEX 09

Ce médiateur peut être saisi uniquement après épuisement des procédures internes de traitement des réclamations propres à l'Assureur, étant précisé que certains litiges ne relèvent pas de sa compétence.

En application de l'article 2238 du Code civil, le recours à la

médiation suspend le délai de prescription des actions.

La suspension a pour effet d'arrêter temporairement le cours de la prescription, mais n'efface pas le délai ayant déjà couru (article 2230 du Code civil). Le délai de prescription ne recommence à courir, pour une durée minimale de six mois, qu'à compter de la date à laquelle la procédure de médiation est déclarée achevée.

ARTICLE 16 – PRESCRIPTION

Conformément aux dispositions des articles L.114-1, L.114-2 et L.114-3 du Code des assurances, « Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance se prescrivent par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

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

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

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré. »

La prescription est interrompue dans les conditions énoncées à l'article L.114-2 du Code des assurances. Cet article prévoit que « La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité. »

Les causes ordinaires de prescription prévues par le Code civil sont :

- La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (article 2240 du Code civil),
- La demande en justice (articles 2241 à 2243 du Code civil),
- Une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée (article 2244 du Code civil),
- L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (article 2245 du Code civil),

- L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance pour les cas de prescription applicables aux cautions (article 2246 du Code civil).

L'article L.114-3 du Code des assurances prévoit que, « Par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci ».

ARTICLE 17 – TRAITEMENT DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

Conformément à la réglementation européenne et française en matière de données à caractère personnel, en particulier le Règlement Général sur la Protection des Données n°2016/679 du 27 avril 2016 (dit « RGPD ») et la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée (dite « loi Informatique et Libertés »), l'assuré et les bénéficiaires sont informés par Auxia et Auxia Assistance, ci-après désignés Malakoff Humanis, responsables du traitement des données à caractère personnel collectées, que Malakoff Humanis a désigné un délégué à la protection des données à caractère personnel qui peut être contacté par email à dpo@malakoffhumanis.com ou par courrier à : Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9.

1. Les données à caractère personnel de l'assuré et des bénéficiaires peuvent être collectées et traitées pour les finalités suivantes :

- la souscription, la gestion, y compris commerciale, et l'exécution du contrat d'assurance ainsi que la gestion ou l'exécution de tout autre contrat souscrit auprès de Malakoff Humanis ou d'autres sociétés du groupe Malakoff Humanis ;
- la gestion des avis de l'assuré et des bénéficiaires sur les produits, services ou contenus proposés par Malakoff Humanis ou ses partenaires ;
- l'exercice des recours à la gestion des réclamations et des contentieux ;
- l'exercice du devoir de conseil compte tenu des besoins exprimés par l'assuré et les bénéficiaires ;
- l'élaboration de statistiques y compris commerciales, d'études actuarielles ou autres analyses de recherche et développement, une fois les données anonymisées par des procédés techniques permettant de s'assurer de la non ré-identification de l'assuré et des bénéficiaires ;
- l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur ; y compris celles relatives à la lutte contre le blanchiment des capitaux et au financement du terrorisme et à la lutte contre la fraude, pouvant conduire à son inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, incluant un dispositif mutualisé des données des contrats et des sinistres déclarés auprès des assureurs, mis en œuvre par l'Agence pour la lutte contre la fraude à l'assurance (ALFA) ;
- la proposition à l'assuré et les bénéficiaires de produits, de services et/ou d'outils permettant de réduire la sinistralité ou d'offrir un contrat ou une prestation complémentaire par Malakoff Humanis ou ses partenaires ;
- la mise en œuvre d'opérations de prospection, commerciales ou promotionnelles, et de fidélisation, à destination de l'assuré et des bénéficiaires

Malakoff Humanis s'engage à ne pas exploiter les données personnelles de l'assuré et des bénéficiaires pour d'autres finalités que celles précitées.

Sont notamment nécessaires à la passation, la gestion et à l'exécution du contrat d'assurance, les données à caractère personnel suivantes : des données d'identification, des données relatives à sa situation familiale, économique, patrimoniale et financière, professionnelle, à sa vie personnelle, à sa santé, à l'appréciation du risque, à la gestion du contrat, etc.

En dehors des traitements nécessaires aux fins de l'exécution des obligations en matière de protection sociale, le consentement explicite et spécifique de l'assuré et des bénéficiaires est recueilli pour permettre le traitement de données personnelles de santé, conformément à la loi Informatique et Libertés et à l'article 9 du RGPD.

Les destinataires des données à caractère personnel de l'assuré et des bénéficiaires sont, dans la limite de leurs attributions respectives et suivant les finalités réalisées : les services de Malakoff Humanis dont le personnel est en charge des traitements portant sur ces données, ainsi que les sous-traitants éventuels, les délégués de gestion, les intermédiaires d'assurance, les réassureurs et coassureurs, les organismes professionnels habilités, les partenaires et les sociétés extérieures s'il y a lieu.

Les données de santé de l'assuré et des bénéficiaires sont destinées au Service médical de Malakoff Humanis et à toute personne placée sous la responsabilité du Service Médical, exclusivement aux fins de la passation, la gestion et à l'exécution du contrat d'assurance. Elles ne sont en aucun cas utilisées à des fins commerciales.

Malakoff Humanis s'engage à ce que les données à caractère personnel de l'assuré et des bénéficiaires ne soient en aucun cas transmises à des tiers non autorisés.

Les données à caractère personnel relatives à la santé de l'assuré et des bénéficiaires sont traitées dans des conditions garantissant leur sécurité notamment par la mise en œuvre de mesures techniques et organisationnelles renforcées

Les durées de conservation des données à caractère personnel traitées dans le cadre de la gestion des contrats d'assurance et de la relation clients avec l'assuré et les bénéficiaires varient en fonction des finalités susvisées et sont conformes aux recommandations de la CNIL. En tout état de cause, le calcul de ces durées est réalisé en fonction des finalités pour lesquelles les données sont collectées, de la durée de la relation contractuelle, des obligations légales de Malakoff Humanis et des prescriptions légales applicables.

Malakoff Humanis et ses partenaires s'engagent (1) à prendre les mesures techniques et organisationnelles appropriées pour garantir un niveau de sécurité et de confidentialité adapté au risque présenté par le traitement des données de l'assuré et des bénéficiaires et (2) à notifier à la CNIL et informer ces derniers en cas de violation de leurs données dans les limites et conditions des articles 33 et 34 du RGPD.

2. L'assuré et les bénéficiaires disposent d'un droit de demander l'accès à leurs données à caractère personnel, la rectification ou l'effacement de celles-ci, et de décider du sort de leurs données, post-mortem. L'assuré et les bénéficiaires disposent également

d'un droit de s'opposer au traitement pour motifs légitimes, de limiter le traitement dont ils font l'objet et d'un droit à la portabilité des données à caractère personnel dans les limites fixées par la loi. Ils disposent enfin de la possibilité de s'opposer, à tout moment et sans frais, à la prospection commerciale, y compris lorsque celle-ci est réalisée de manière ciblée.

Ces droits peuvent être exercés directement sur notre site via nos formulaires, par email à dpo@malakoffhumanis.com ou par courrier à Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9.

En cas de réclamation relative à la protection des données, l'assuré et les bénéficiaires disposent également du droit de contacter la CNIL directement sur son site internet <https://www.cnil.fr/fr/agir> ou par courrier à l'adresse suivante : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de Fontenay - TSA 80715, 75334 PARIS CEDEX 07.

L'assuré et les bénéficiaires disposent également du droit de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique gérée par la société Opposetel. Pour plus d'informations : www.bloctel.gouv.fr.

ARTICLE 18 – MODIFICATIONS

Modifications administratives

Pour toute modification administrative (changement de domicile du souscripteur, d'état civil, de coordonnées bancaires, de bénéficiaire) n'entraînant aucune modification de la cotisation, le souscripteur informe immédiatement l'assureur par écrit en lui adressant les justificatifs nécessaires.

À défaut d'avoir avisé l'assureur d'un changement de domicile, toutes les communications adressées au dernier domicile connu du souscripteur produiront tous leurs effets.

ARTICLE 19 – RENONCIATION

Le souscripteur peut renoncer pendant 30 jours calendaires révolus à compter du jour où le souscripteur reçoit les conditions particulières.

La renonciation doit être faite par lettre recommandée avec accusé de réception, envoyée à l'adresse suivante :

AUXIA
TSA 10001
78075 SAINT QUENTIN YVELINES CEDEX.

Elle peut être faite suivant le modèle de lettre inclus dans le contrat.

Modèle de lettre :

« Je soussigné(e) (nom, prénom et adresse du souscripteur), déclare renoncer à ma souscription n°..... et demande le remboursement de l'intégralité des cotisations versées.

Fait à (lieu), le (date) et signature du souscripteur ».

ANNEXE :

ANNEXE 1 : BAREME DES INDEMNITES EN CAS DE BLESSURES

Niveau des garanties	4 000 €	6 000 €	8 000 €	12 000 €
	L'assuré reçoit une indemnité de			
Fractures				
A - Bassin / hanche et col du fémur				
- Fracture ouverte, multifragmentaire, avec déplacement	4 000 €	6 000 €	8 000 €	12 000 €
- Toute autre fracture ouverte	3 000 €	4 500 €	6 000 €	9 000 €
- Fracture fermée, multifragmentaire, avec déplacement	2 000 €	3 000 €	4 000 €	6 000 €
- Toute autre fracture fermée	1 000 €	1 500 €	2 000 €	3 000 €
B - Crâne (avec coma supérieur à 48 heures) et cuisse (sauf col du fémur)				
- Fracture ouverte, multifragmentaire, avec déplacement	4 000 €	6 000 €	8 000 €	12 000 €
- Toute autre fracture ouverte	2 000 €	3 000 €	4 000 €	6 000 €
- Fracture fermée, multifragmentaire, avec déplacement et toute autre fracture fermée	1 000 €	1 500 €	2 000 €	3 000 €
C - Épaule, bras, avant-bras, coude, poignet (quel que soit le nombre d'os concernés), jambe (tibia et/ou péroné), cheville (monomalléolaire ou bimalléolaire), talon				
- Fracture ouverte, multifragmentaire, avec déplacement	2 000 €	3 000 €	4 000 €	6 000 €
- Toute autre fracture ouverte	1 000 €	1 500 €	2 000 €	3 000 €
- Fracture fermée, multifragmentaire, avec déplacement	750 €	1 125 €	1 500 €	2 250 €
- Toute autre fracture fermée	500 €	750 €	1 000 €	1 500 €
D - Main (sauf les doigts), pied (sauf les orteils), genou (rotule), sternum, omoplate, clavicule				
- Fracture ouverte (simple ou multifragmentaire)	700 €	1 050 €	1 400 €	2 100 €
- Fracture fermée (simple ou multifragmentaire)	500 €	750 €	1 000 €	1 500 €
E - Côte (jusqu'à 3 côtes), coccyx, nez, doigt, orteil				
- Fracture ouverte ou fermée (simple ou multifragmentaire) et toute autre fracture	500 €	750 €	1 000 €	1 500 €
F - Vertèbres				
- Fracture - tassement (simple ou multifragmentaire)	2 000 €	3 000 €	4 000 €	6 000 €
- Fracture d'une apophyse épineuse ou transverse (simple ou multifragmentaire)	3 000 €	4 500 €	6 000 €	9 000 €
- Toute autre fracture vertébrale	4 000 €	6 000 €	8 000 €	12 000 €
G - Maxillaire supérieur				
- Fracture ouverte ou fermée (simple ou multifragmentaire) et toute autre fracture	500 €	750 €	1 000 €	1 500 €
H - Maxillaire inférieur				
- Fracture ouverte, multifragmentaire, avec déplacement	700 €	1 050 €	1 400 €	2 100 €
- Fracture fermée, multifragmentaire, avec déplacement	500 €	750 €	1 000 €	1 500 €
- Toute autre fracture ouverte ou fermée	500 €	750 €	1 000 €	1 500 €

Niveau des garanties	4 000 €	6 000 €	8 000 €	12 000 €
L'assuré reçoit une indemnité de				
Brûlures				
A - Brûlure du 3 ^e degré des mains (50 % ou plus de la surface de l'une des mains)	4 000 €	6 000 €	8 000 €	12 000 €
B - Brûlure du 3 ^e degré sauf les mains (15 % ou plus de la surface du corps)	4 000 €	6 000 €	8 000 €	12 000 €
C - Brûlure du 3 ^e degré sauf les mains (minimum 4 % de la surface du corps, maximum 14 %)	2 000 €	3 000 €	4 000 €	6 000 €
B - Brûlure du 2 nd degré (9 % ou plus de la surface du corps)	500 €	750 €	1 000 €	1 500 €
Luxations (objectivées par un examen radiographique)				
A - Colonne vertébrale	3 000 €	4 500 €	6 000 €	9 000 €
B - Hanche	3 000 €	4 500 €	6 000 €	9 000 €
C - Genou (sauf simple luxation de la rotule) et épaule	700 €	1 050 €	1 400 €	2 100 €
D - Maxillaire, clavicule, coude, poignet, doigt, rotule, cheville, orteil	500 €	750 €	1 000 €	1 500 €
Amputations				
A - Amputation membre(s) supérieur(s)				
- Bras	2 000 €	3 000 €	4 000 €	6 000 €
- Avant-bras	1 500 €	2 250 €	3 000 €	4 500 €
- Main	900 €	1 350 €	1 800 €	2 700 €
- Doigt (quel que soit le nombre de doigts amputés sur une même main en dehors pouce et index)	400 €	600 €	800 €	1 200 €
- Pouce et/ou index	800 €	1 200 €	1 600 €	2 400 €
- Phalange (quel que soit le nombre de phalanges amputées sur une même main)	200 €	300 €	400 €	600 €
B - Amputation membre(s) inférieur(s)				
- Cuisse	2 000 €	3 000 €	4 000 €	6 000 €
- Jambe	1 500 €	2 250 €	3 000 €	4 500 €
- Pied	900 €	1 350 €	1 800 €	2 700 €
- Orteil (quel que soit le nombre d'orteils amputés sur un même pied)	400 €	600 €	800 €	1 200 €
- Phalange (quel que soit le nombre de phalanges amputées sur un même pied)	200 €	300 €	400 €	600 €
C - Section d'un tendon, d'un nerf ou d'une artère	150 €	225 €	300 €	450 €
Blessure des yeux (consécutives à un choc de l'œil démontré)				
A - Perte totale et définitive de la vue des 2 yeux	4 000 €	6 000 €	8 000 €	12 000 €
B - Perte totale et définitive de la vue d'un œil	2 000 €	3 000 €	4 000 €	6 000 €
C - Décollement de la rétine	700 €	1 050 €	1 400 €	2 100 €
D - Intervention chirurgicale ayant pour but de retirer de la chambre antérieure un élément étranger intra-oculaire	2 000 €	3 000 €	4 000 €	6 000 €
E - Intervention chirurgicale ayant pour but de retirer un élément infra-orbitaire	700 €	1 050 €	1 400 €	2 100 €
F - Suture d'une plaie conjonctivale	250 €	375 €	500 €	750 €

Niveau des garanties	4 000 €	6 000 €	8 000 €	12 000 €
	L'assuré reçoit une indemnité de			
Divers				
Blessure interne demandant une intervention chirurgicale abdominale ou thoracique	700 €	1 050 €	1 400 €	2 100 €
Hémorragie intracrânienne sans coma ou avec coma inférieur à 48 h	1 000 €	1 500 €	2 000 €	3 000 €
Hémorragie intracrânienne avec coma supérieur à 48 h	2 000 €	3 000 €	4 000 €	6 000 €
Rupture coiffe des rotateurs partielle de l'épaule avec chirurgie	1 000 €	1 500 €	2 000 €	3 000 €
Rupture coiffe des rotateurs complète de l'épaule avec chirurgie	1 400 €	2 100 €	2 800 €	4 200 €
Rupture coiffe rotateurs de l'épaule avec atteinte plexus brachial	2 000 €	3 000 €	4 000 €	6 000 €
Déchirure et rupture musculaire et/ou tendineuse	1 000 €	1 500 €	2 000 €	3 000 €
Fractures de plus de 3 côtes consécutives (volet costal) avec atteinte pleurale	2 000 €	3 000 €	4 000 €	6 000 €
Fractures de plus de 3 côtes consécutives (volet costal) sans atteinte pleurale	1 400 €	2 100 €	2 800 €	4 200 €
Fractures de plus de 3 côtes non consécutives	1 000 €	1 500 €	2 000 €	3 000 €
Plaie profonde	200 €	300 €	400 €	600 €
Hématome nécessitant une évacuation chirurgicale	200 €	300 €	400 €	600 €

Lorsqu'un même accident entraîne plusieurs blessures énumérées dans le présent barème, AUXIA verse le cumul des indemnités **dans la limite de 2 fois le niveau maximum d'indemnité souscrit.**

Uniquement dans le cas d'une blessure accidentelle :

Les garanties sont réduites de moitié :

- à partir de l'année du 85^e anniversaire du souscripteur ;
- en cas de souscription de l'assurance « couple/famille », à partir de l'année du 85^e anniversaire du conjoint ;
- en cas de souscription de l'assurance « couple/famille », pour les enfants assurés.