

Le contrat a pour objet de garantir à l'assuré le versement d'une indemnité en remboursement de ses loyers et charges locatives lors d'un décès, d'une invalidité, d'une perte d'emploi pour motif économique, d'un divorce ou lors de la survenance d'une maladie redoutée.

Le contrat est ouvert aux personnes âgées de plus de **18 ans et de moins de 60 ans** exerçant normalement leur activité professionnelle.

DEFINITIONS

accident : toute atteinte corporelle non intentionnelle, provenant d'un événement soudain, imprévisible, irrésistible et extérieur à la victime.

Ne sont pas considérés comme des accidents, les crises d'épilepsie, de delirium tremens, la rupture d'anévrisme, l'infarctus du myocarde, l'embolie cérébrale et l'hémorragie méningée.

année d'assurance : la période comprise entre deux échéances principales de cotisation. Toutefois, si la date de prise d'effet est distincte de l'échéance principale, la première année d'assurance est la période comprise entre cette date et la prochaine échéance principale. Par ailleurs, si l'assurance expire entre deux échéances principales, la dernière année d'assurance est la période comprise entre la date d'échéance principale et la date d'expiration.

souscripteur : la personne physique désignée aux Conditions particulières, preneur de l'assurance et qui en acquitte les cotisations. Le souscripteur est responsable de la déclaration d'assurance et des obligations définies au contrat.

assuré : la personne physique, titulaire d'un bail à usage exclusif d'habitation principale, conforme à la législation en vigueur. L'assuré doit être désigné aux Conditions particulières. Pour être garanti, l'assuré doit avoir sa résidence principale sur le territoire français.

assureur : la société d'assurance mutuelle citée en page de couverture en entête de cette page.

bail de location : contrat de bail portant sur un logement à usage d'habitation principale, loué nu ou meublé, conforme à la législation en vigueur. Ne sont pas garantis, les sous-locations, les baux commerciaux, artisanaux, ruraux ou professionnels, les locations saisonnières et les locations consenties à titre précaire. Pour le cas du bail mixte, seul le loyer et charges destinés à l'habitation se trouveront couverts par les garanties.

bénéficiaire : le bénéficiaire du contrat est l'assuré ; en cas de décès de celui-ci, son conjoint ou partenaire ayant conclu un PACS avec l'assuré. A défaut ses descendants, puis ascendants, puis collatéraux.

consolidation : stabilisation durable de l'état de santé de l'assuré, ayant fait l'objet d'un constat médical, cet état n'étant plus susceptible d'évoluer vers une amélioration ou une aggravation.

délai de survie : la prestation n'est due que si l'assuré est vivant 28 jours après la date du premier diagnostic.

divorce : rupture par voie judiciaire d'un mariage civil. Dissolution du mariage consécutive à une décision de justice.

échéance annuelle : la date indiquée sous ce titre aux Conditions particulières ; elle détermine le point de départ d'une année d'assurance. Elle correspond à la date à laquelle :

- > la cotisation annuelle est exigible,
- > le contrat peut être normalement résilié moyennant le préavis indiqué.

invalidité permanente : réduction définitive de certaines fonctions physiques, psychosensorielles, intellectuelles, appréciée médicalement à la date de consolidation en comparant l'état subsistant après l'accident, à l'état de santé antérieur à l'événement garanti.

loyer : montant total des sommes dues par le locataire au titre du bail de location, comprenant outre le loyer principal, les charges et taxes récupérables sur celui-ci, y compris leurs révisions contractuelles.

maladie : toute altération de la santé ou état pathologique constaté par une autorité médicale compétente et n'ayant pas pour origine un accident tel que défini ci-dessus.

nous : la société d'assurance mutuelle en entête de cette page.

perte d'emploi : rupture du contrat de travail pour le salarié des suites d'un licenciement économique. Perte du statut de chef d'entreprise pour le travailleur non salarié suite à la liquidation judiciaire de son entreprise.

prescription : délai au-delà duquel aucune action ne peut plus être intentée.

sinistre : accident ou maladie, fait générateur de la garantie.

souscripteur : la personne physique ou morale qui est preneur du contrat et en assume les obligations, notamment le paiement des cotisations.

subrogation : substitution de l'assureur dans les droits et actions de l'assuré ou du bénéficiaire du contrat à l'encontre de tout tiers. L'assureur ne peut recourir contre les enfants, descendants, ascendants, alliés en ligne directe, préposés, employés, ouvriers ou domestiques, et généralement toute personne vivant habituellement au foyer de l'assuré, sauf le cas de malveillance commise par une de ces personnes.

La subrogation est limitée au montant des indemnités versées.

VOS GARANTIES

La garantie s'exerce entre le jour de la prise d'effet du contrat et sa résiliation.

1. objet de la garantie

Il est prévu le versement d'une indemnité correspondant au remboursement de tout ou partie du loyer acquitté par l'assuré, dont le montant est fixé aux Conditions Particulières, en cas :

- > de décès accidentel
- > d'invalidité permanente,
- > de perte d'emploi pour motif économique,
- > de maladie redoutée,
- > de divorce.

L'indemnité est versée au prorata temporis de la période de perte d'emploi après écoulement de la franchise contractuelle et dans la limite du plafond indiqué aux Conditions particulières.

Lorsque plusieurs assurés se trouvent titulaires d'un même bail, ceux-ci ne pourront prétendre au versement des forfaits que dans la limite du loyer mensuel acquitté et du montant garanti et repris dans les Conditions particulières.

Définition du Décès accidentel

Lorsque l'assuré décède des suites d'un accident garanti, et ce dans les 12 mois de sa survenance, il est versé au bénéficiaire, le capital prévu aux Conditions particulières.

Lorsque le décès de l'assuré survient après un état d'invalidité permanente, lié à un même événement accidentel, le capital dû au titre du décès sera versé sous déduction des sommes déjà réglées au titre de l'invalidité..

Définition de l'Invalidité Permanente accidentelle

La prestation garantie ne sera versée qu'à partir du moment où un accident garanti entraîne pour l'assuré une invalidité permanente dont le taux est **supérieur ou égal à 5 %**. Ce taux est fixé lors d'une expertise médicale, après consolidation des blessures, et ne tient compte que de la seule invalidité fonctionnelle de l'assuré, en dehors de toute incidence professionnelle ou scolaire. (cf. barème page 4).

Nous verserons à l'assuré le capital dû en fonction du taux d'invalidité après consolidation, sous déduction des sommes déjà versées au titre de la garantie incapacité temporaire de travail.

Est également couvert le décès ou l'invalidité permanente consécutif à un accident médical, causé à l'occasion d'actes chirurgicaux de prévention, de diagnostic, d'exploration, de traitements par des médecins et auxiliaires médicaux visés au livre IV du Code de la Santé Publique ou par des praticiens autorisés à exercer par la législation ou la législation du pays dans lequel a lieu l'acte, lorsque ces actes sont assimilables à ceux référencés dans la nomenclature générale des actes professionnels.

Est considéré comme acte médical, l'acte ou un ensemble d'actes de caractère médical qui a eu pour l'assuré des conséquences dommageables pour sa santé, exceptionnelles et anormales, indépendantes de l'évolution de l'affection en cause et de l'état antérieur.

La couverture des accidents médicaux n'est acquise que pour les conséquences des actes ou traitements pratiqués postérieurement au 1^{er} janvier 2000, pour autant que la première manifestation des dommages ait été inconnue de l'assuré ou du bénéficiaire au moment de la souscription et de la prise d'effet de la garantie.

Définition de la Perte d'Emploi

La garantie s'applique lorsque l'assuré perd son emploi des suites :

- > d'un licenciement économique pour le salarié, ou
- > d'une liquidation judiciaire consécutive à un redressement judiciaire de son entreprise pour le travailleur non salarié.

Il lui sera alors versé, une indemnité mensuelle correspondant au(x) forfait(s) souscrits et ce dans la limite de 6 mois d'indemnisation.

Le paiement de l'indemnité ne s'effectue qu'après écoulement d'une franchise de 90 jours.

Pour l'assuré salarié, la franchise sera décomptée après écoulement de l'éventuel différé d'indemnisation fixé par Pôle Emploi, calculé en fonction des indemnités compensatrices de congés payés et des indemnités de rupture versées par l'employeur ; le différé ne pouvant en aucun cas dépasser 75 jours.

Pour les garanties invalidité et perte d'emploi, les garanties cessent au plus tard à la fin de l'année civile du 65^{ème} anniversaire de l'assuré ou lorsqu'il bénéficie d'une pension de retraite, de préretraite ou reprend même partiellement un emploi.

Définition de la Maladie Redoutée :

La garantie s'applique en cas de **1^{er} diagnostic d'une des maladies graves garanties**, après le délai d'attente et la période de survie et pendant la période de validité des garanties.

Le montant du capital versé est indiqué aux Conditions particulières. Le versement de ce capital sera unique par assuré et ce quelque soit le nombre de maladies redoutées garanties diagnostiquées.

Les maladies redoutées garanties :

Cancer

Toute tumeur maligne caractérisée par une croissance et une extension incontrôlées des cellules malignes avec un envahissement du tissu normal.

Le terme de cancer inclut : la leucémie, le lymphome malin y compris le lymphome cutané, la maladie de Hodgkin, les affections malignes de la moelle osseuse et les sarcomes.

Le diagnostic de cancer doit être confirmé sur la base d'un compte-rendu histologique.

Ne sont pas couverts :

- > les tumeurs qui sont histologiquement classifiées comme pré-malignes, les dysplasies, les cancers in situ ou carcinomes in situ.
- > les tumeurs de la prostate qui n'ont pas atteint au moins le stade t2n0m0 de la classification tmn.
- > tous les cancers primitifs de la peau autres que le mélanome malin étendu au-delà de l'épiderme.
- > le cancer papillaire de la thyroïde localisé à la glande thyroïde.
- > tous les cancers et tumeurs en présence d'une infection VIH.

Infarctus du myocarde aigu

Diagnostic définitif d'infarctus du myocarde: mort cellulaire du muscle cardiaque consécutive à l'obstruction de la vascularisation.

Le diagnostic doit être confirmé par l'élévation et/ou la chute caractéristique d'un biomarqueur sérique cardiaque (Troponine I, Troponine T ou CPK-MB) à au moins un niveau au dessus du 99^{ème} percentile de la valeur de référence et avec en plus un des critères suivants :

- > symptômes cardiaques aigus et signes cliniques pathologiques caractéristiques d'un infarctus du myocarde.
- > modifications récentes caractéristiques à l'électrocardiogramme à type de: sous décalage ou élévation du segment st, inversion de l'onde t, ondes q pathologiques ou bloc de branche gauche.

Ne sont pas couverts :

- > les autres syndromes coronariens aigus, comprenant entre autres l'angine de poitrine instable.

Accident Vasculaire Cérébral

Mort du tissu cérébral, consécutive à une vascularisation inadaptée ou à une hémorragie, provoquant soit :

- > l'apparition de symptômes neurologiques nouveaux compatibles avec le diagnostic d'accident vasculaire cérébral.

- des déficits neurologiques patents nouveaux, persistant à l'examen clinique de manière durable, sur une période d'au moins 60 jours après le diagnostic.
- des anomalies récentes apparues au scanner cérébral, ou bien à l'IRM si réalisée, compatible avec le diagnostic.

Ne sont pas couverts :

- les accidents ischémiques transitoires (AIT).
- les lésions cérébrales ou des vaisseaux sanguins d'origine traumatique.
- les hémorragies secondaires à une lésion cérébrale préexistante.
- l'anomalie cérébrale clinique ou bien objectivée sur le scanner sans relation clinique patente et objective avec les symptômes et les signes neurologiques.

Définition du divorce

En cas de divorce par consentement mutuel ou de divorce sur requête acceptée, nous versons à l'assuré l'indemnité mensuelle fixée aux Conditions particulières, sans pouvoir excéder :

- 6 mois d'indemnisation si l'assuré reste dans le bien loué après le jugement de divorce,
- 3 mois d'indemnisation si l'assuré resté dans le bien loué après la séparation de corps, donne son congé au moment du jugement de divorce.

Pour prétendre à la garantie, les époux devront justifier de plus de 2 années de mariage au moment du jugement prononçant le divorce.

2. étendue territoriale de la garantie

Les garanties s'exercent dans le monde entier. Toutefois en cas de maladie ou d'un accident survenu hors de France, la constatation médicale de cet état devra être effectuée en France pour ouvrir droit au paiement des prestations.

3. les risques exclus

Ne sont pas pris en charge les sinistres suivants :

- les actes ainsi que les conséquences de maladie ou d'accident provoqué intentionnellement par l'assuré ou avec sa complicité, ainsi que le suicide ou toute tentative de suicide,
- dus à des accidents causés ou provoqués intentionnellement par l'assuré ou par le bénéficiaire ou à l'aide de sa complicité,
- les faits de guerre étrangère lorsque la France est partie belligérante, sous réserve des conditions déterminées par la législation à intervenir concernant les assurances sur la vie en temps de guerre,
- les conséquences directes ou indirectes des faits de guerre civile ou étrangère,
- les émeutes, rixes, insurrections, mouvements populaires, complots, grèves, actes de terrorisme ou sabotage, quelque soit le lieu où se déroulent ces événements et quels qu'en soient les protagonistes, dès lors que l'assuré y prend une part active, sauf cas de légitime défense,
- tout cataclysme tel que tremblement de terre, tempête ou inondation,
- les effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de la transmutation de noyaux d'atome ou de la radioactivité ainsi que les effets de la radiation provoquée par l'accélération des particules,
- les accidents causés par des engins de guerre dont la détention est prohibée,
- l'usage de boissons alcoolisées et les accidents consécutifs à un taux d'alcoolémie égal ou supérieur à celui fixé par la législation en vigueur à la date de survenance du sinistre,
- les maladies ou accidents provoqués par l'usage de stupéfiants ou de substances analogues non prescrites médicalement,
- les démonstrations, matches et compétitions ainsi que leurs essais préparatoires, nécessitant l'utilisation d'un engin à moteur ou d'animaux,
- les raids, participation active à des acrobaties, cascades, défis, duels, paris et expéditions réalisées à titre scientifique ou non,
- les accidents résultant de pilotage de tout engin volant, à l'exception de ceux survenant sur une ligne régulière commerciale,
- la pratique de sports aériens, automobiles, motocyclistes ou motonautiques à titre professionnel ou amateur et de tous les autres sports à titre professionnel,
- la pratique des sports suivants : sports de combat, plongée sous-marine avec ou sans appareillage, hockey sur glace, saut à ski avec tremplin, ski acrobatique et artistique, sports extrêmes (dont alpinisme, escalade de haute cime, varappe, skysurf), spéléologie avec ou sans plongée, bobsleigh, skeleton, saut à l'élastique, chasse nécessitant la possession d'un permis spécial dit de « grande chasse » ou de chasse sportive, polo,
- les accidents résultant de l'utilisation de véhicules de cylindrée supérieure à 80cm3, résultant d'atteinte à la personne âgée de plus de 70 ans,
- les accidents, maladies et infirmités préexistants à la date de souscription ou au cours du délai d'attente, ainsi que leurs suites ou conséquences si ces infirmités,
- les maladies résultant de pathologies antérieures à la date de souscription, ainsi que celles pour lesquelles l'assuré est en attente de résultats d'examen ou d'analyses médicales au moment de la souscription ou pendant le délai d'attente,
- l'aggravation des conséquences d'une maladie ou d'un accident par la négligence, le défaut de soins ou l'usage de soins empiriques sans contrôle médical (sauf cas de force majeure),
- les troubles neuro-psychiques, maladies psychiatriques, dépressions nerveuses et états dépressifs,
- les maternités et grossesses pathologiques ; toutefois sont garanties les grossesses pathologiques survenant plus d'un an après la prise d'effet du contrat,
- résultant d'une perte d'emploi alors que l'assuré travaillait sous contrat à durée déterminée,
- lorsque l'assuré ne se trouve plus titulaire du bail repris aux Conditions Particulières.

➤ Exclusions spécifiques à la perte d'emploi :

- résultant d'une perte d'emploi alors que l'assuré travaillait sous contrat à durée déterminée,
- résultant d'une perte d'emploi alors que l'assuré justifie d'une ancienneté inférieure à 12 mois auprès de cet employeur au jour du licenciement,
- le chômage indemnisé partiellement par Pôle Emploi au titre de l'allocation d'aide au retour à l'emploi,
- le chômage partiel ou saisonnier,
- la perte d'emploi suite à une démission, même si l'assuré est indemnisé par Pôle Emploi au titre de l'allocation d'aide au retour à l'emploi,
- en cas de liquidation de l'entreprise du travailleur non salarié suite à une faute de gestion de l'entreprise lui incombant.

➤ Exclusions spécifiques au divorce

- tout autre type de divorce, autre que les cas garantis

4. le règlement des sinistres

L'assuré doit déclarer le sinistre à l'assureur dans les 5 jours ouvrés qui suivent le premier jour de l'évènement (maladie ou accident) sauf cas fortuit ou de force majeure. Passé ce délai, l'assuré peut perdre ses droits à indemnisation dès lors que la déclaration tardive aura causé un préjudice à l'assureur.

L'assuré pourra déclarer son sinistre par téléphone en appelant nos services d'indemnisation au 03.89.22.90.97.

Pièces à fournir systématiquement :

- la copie du bail,
- la dernière quittance de loyer,

Pièces à produire en cas de décès accidentel :

- un certificat médical précisant la cause du décès,
- le procès verbal établi par les autorités compétentes,
- un extrait d'acte de décès de l'assuré,
- toutes justificatifs d'état civil permettant d'établir les liens de filiation ou familiaux des ayants droit de l'assuré décédé.

Pièces à produire en cas d'invalidité permanente accidentelle :

- un certificat médical décrivant les blessures
- l'assuré devra se soumettre à toute expertise médicale initiée par l'assureur et aux examens complémentaires nécessaires à la détermination du taux d'invalidité.
- en cas d'accident, l'identité du tiers en cause, des éventuels témoins et de l'autorité verbalisante si un procès-verbal a été dressé.

Pièces à produire en cas de Maladie Redoutée :

- un certificat médical du médecin spécialiste de l'assuré donnant toutes précisions sur la date de survenance, la nature de la pathologie, la date d'apparition des premiers symptômes, la date du premier diagnostic,
- le compte rendu des examens spéciaux à l'appui.

L'assuré est tenu de fournir toutes les pièces complémentaires qui lui seraient demandées pour la bonne constitution du dossier de règlement.

Le coût des différentes pièces restant à la charge de l'assuré.

Contrôle de l'assuré : lors de l'ouverture du service des prestations ou pour assurer leur continuation éventuelle, l'assuré peut être soumis à des visites médicales, contrôles ou enquêtes de notre part (par exemple vérifier que l'assuré n'a pas repris son travail). Son médecin pourra l'assister.

Il s'agit uniquement de vérifier que l'assuré remplit les conditions requises pour bénéficier des prestations qui vont lui être versées ou qui lui ont déjà été versées. Il est de son intérêt d'accepter ces contrôles car en cas de refus de sa part de s'y soumettre, les prestations ne seraient pas versées. Toutefois, si l'assuré apporte la preuve que c'est en raison d'un cas fortuit ou de force majeure que le contrôle n'a pu être exercé, il ne sera pas pénalisé et les prestations seront maintenues.

Expertise médicale : nous nous réservons le droit de faire examiner l'assuré par un médecin de notre choix.

L'assuré est tenu de se soumettre à l'expertise médicale, diligentée par l'assureur à ses frais. L'assuré peut se faire assister par le médecin de son choix, les frais et honoraires restant alors à sa charge. Le paiement des prestations sera suspendu jusqu'à ce que le médecin ait rendu son rapport.

En cas de désaccord, les parties peuvent décider de recourir à l'arbitrage d'un médecin agissant en qualité de tiers expert désigné en commun.

En cas de désaccord sur le choix du tiers expert ou sur les conclusions de l'expertise, les parties peuvent décider de faire désigner un médecin par le Président du Tribunal de Grande Instance compétent, saisi aux frais de l'assureur, sur simple requête de la partie la plus diligente, l'autre ayant été régulièrement convoquée par lettre recommandée avec accusé de réception.

Les honoraires et frais du médecin arbitre et ceux de l'expert commis judiciairement sont supportés par moitié entre les parties.

Pièces à produire en cas de divorce :

- copie du livret de famille,
- le jugement constatant le divorce par consentement mutuel ou par requête acceptée.

Pièces à produire en cas de perte d'emploi :

Pour le salarié :

- une copie du contrat de travail,
- copie de la lettre de licenciement
- copie de la notification Pôle Emploi indiquant la date de début de versement des allocations d'Aide au Retour à l'Emploi (A.R.E.) qui constitue contractuellement la date retenue pour le paiement de l'indemnité,
- copie des avis de paiement des allocations d'Aide au Retour à l'Emploi versées par Pôle Emploi pendant toute la durée de notre prise en charge.

Pour le travailleur non salarié :

- copie de l'extrait KBis de l'entreprise,
- copie du jugement de liquidation judiciaire

Dans tous les cas, nous nous réservons le droit de réclamer tout justificatif supplémentaire que nous jugeons nécessaire pour statuer sur la demande d'indemnisation.

L'assuré devra également nous informer de toute reprise d'activité professionnelle que ce soit dans le cadre d'un contrat de travail à durée indéterminée, d'un contrat de travail à durée déterminée ou d'une incapacité temporaire totale de travail.

Le règlement des indemnités aura lieu au plus tard 15 jours après la remise de l'ensemble des pièces justificatives et après accord des parties.

FORMATION ET VIE DU CONTRAT

5. date d'effet de l'assurance

Le contrat est établi d'après les déclarations du souscripteur ou de l'assuré et la cotisation est fixée en conséquence.

La prise d'effet des garanties est subordonnée à l'acceptation du dossier et à notre confirmation. Elle est fixée au plus tôt le lendemain midi du paiement de la première cotisation et figure aux Conditions particulières d'adhésion. Il en va de même pour toute modification.

➤ **A la souscription du contrat** : le souscripteur et l'assuré doivent, de bonne foi, déclarer toutes les circonstances connues d'eux qui sont de nature à faire apprécier à l'assureur les risques qu'il prend à sa charge et répondre exactement aux questions posées dans le formulaire de proposition.

➤ **En cours de contrat** : le souscripteur ou à défaut l'assuré doit par lettre recommandée déclarer, dans les 15 jours à partir du moment où il en a eu connaissance, les circonstances nouvelles qui ont eu pour conséquence d'aggraver les risques et qui rendent inexacts ou caduques les réponses faites à l'assureur dans le formulaire de proposition.

Délai d'attente :

La garantie Maladie Redoutée ne s'applique pas lorsque le premier diagnostic est posé dans la première année du contrat.

La garantie perte d'Emploi ne s'applique pas lorsqu'elle est consécutive à :

➤ **un licenciement survenant dans les 6 mois suivant la date d'effet de l'assurance pour le salarié,**

➤ **un redressement ou une liquidation judiciaire intervenant dans les 6 mois suivant la date d'effet de l'assurance pour le travailleur non salarié.**

6. durée du contrat

Le contrat est conclu pour une durée d'un an et est renouvelable par tacite reconduction à chaque échéance principale indiquée aux Conditions particulières, sauf dénonciation prévue à l'article 8 des présentes dispositions générales.

Cessation des garanties : la date d'expiration des garanties est fixée à la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle l'assuré :

- atteint son 65^{ème} anniversaire (60^{ème} ou 62^{ème} anniversaire selon le calendrier de l'augmentation progressive de l'âge de la retraite pour les assurés bénéficiant du régime général de la Sécurité Sociale) ou bénéficie d'une pension de retraite ou de préretraite pour les garanties Invalidité Permanente et Perte d'Emploi
- atteint son 70^{ème} anniversaire pour toutes les autres garanties.

Cessation de l'indemnisation : la date de cessation des prestations est fixée au plus tard à la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle l'assuré :

- atteint son 65^{ème} anniversaire (60^{ème} ou 62^{ème} anniversaire selon le calendrier de l'augmentation progressive de l'âge de la retraite pour les assurés bénéficiant du régime général de la Sécurité Sociale) ou bénéficie d'une pension de retraite ou de préretraite pour les garanties Invalidité Permanente et Perte d'Emploi
- reprend, même partiellement, un travail (la reprise des activités professionnelles peut s'apprécier en tenant compte des possibilités restantes de reclassement professionnel).

7. cotisations

Le paiement des cotisations : la cotisation est payable à la date d'échéance fixée aux Conditions particulières au siège social de l'assureur ou au domicile de son représentant désigné à cet effet.

En cas d'utilisation du prélèvement SEPA pour le paiement de la cotisation, y compris frais et taxes, nous nous accordons, vous et nous, sur une pré-notification d'au moins 2 jours avant la date du premier prélèvement effectué.

A défaut de paiement de la cotisation ou d'une fraction de cotisation, dans les dix jours de son échéance, l'assureur, indépendamment de son droit de poursuivre l'exécution du contrat en justice peut, par simple lettre recommandée adressée au souscripteur, à son dernier domicile connu, suspendre la garantie trente jours après l'envoi de cette lettre.

Au cas où la cotisation annuelle aurait été fractionnée, la suspension de garantie intervenue en cas de non paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

L'assureur a le droit de résilier le contrat dix jours après le délai de trente jours mentionné au troisième alinéa du présent article.

Le contrat non résilié reprend pour l'avenir ses effets, le lendemain à midi du jour où ont été payées à l'assureur ou au mandataire désigné par lui, la cotisation arriérée ou en cas de fractionnement de la cotisation annuelle ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi qu'éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

Lorsque le montant de la cotisation le justifie, nous pouvons en accepter le fractionnement. Dans ce cas, la cotisation de l'année entière d'assurance, ou ce qui en reste dû, devient immédiatement exigible en cas de sinistre, de suspension de garantie ou de non paiement d'une cotisation à une échéance.

Révision des cotisations :

L'assureur peut être amené à modifier le tarif applicable aux risques assurés par le présent contrat à l'échéance principale.

En cas de majoration de la cotisation, le souscripteur a la possibilité de résilier le contrat dans les 30 jours suivant celui où il a eu connaissance de la majoration.

Cette résiliation prendra effet un mois après la notification faite à l'assureur par lettre recommandée (le cachet de la poste faisant foi) et le souscripteur sera alors redevable d'une fraction de cotisation calculée sur la base de la cotisation précédente au prorata du temps écoulé entre la date de la dernière échéance et la date d'effet de la résiliation.

8. résiliation

Résiliation du contrat : la demande de résiliation peut être faite, soit par **lettre recommandée**, le cachet de la poste faisant foi, soit par déclaration faite contre récépissé à notre siège ou auprès de notre représentant dont les coordonnées figurent aux Conditions particulières (art. L.113-14 du code des assurances).

➤ par le souscripteur et l'assureur :

- en cas de retraite professionnelle,
- lorsque le contrat a pour objet la garantie de risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouve pas dans la nouvelle situation (art. L.113-16 du code des assurances).

➤ par le souscripteur :

- à chaque échéance annuelle, en respectant un préavis de 2 mois
- en cas de modification du tarif d'assurance appliqué à votre contrat,
- si nous résilions un autre contrat de l'assuré après sinistre (art. R.113-10 du code des assurances),
- en cas de diminution des risques, si l'assureur ne réduit pas la cotisation en conséquence (art. L.113-4 du code des assurances),
- dans les 20 jours suivant l'envoi de l'avis d'échéance lorsque le contrat couvre une personne physique en dehors de son activité professionnelle (art. L.113-15 du code des assurances).

➤ par l'assureur :

- en cas de non paiement des cotisations (art. L.113-3 du code des assurances)
- en cas d'omission ou de déclaration inexacte lors de la souscription ou en cours de contrat, si la mauvaise foi de l'assuré ou du souscripteur n'est pas établie (art. L.113-9 du code des assurances)
- en cas d'aggravation des risques, selon les dispositions de l'article L.113-4 du Code des assurances sous réserve de celles édictées par l'article 6 de la Loi 89-1009 du 31 décembre 1989,
- en cas de règlement judiciaire

➤ de plein droit :

- en cas de décès de l'assuré,
- en cas de retrait d'agrément de l'Union de Réassurance, auquel cas la résiliation intervient le dixième jour à midi, à compter de la date de parution au Journal Officiel de l'arrêté prononçant le retrait, la portion de cotisation afférente à la période non garantie étant alors restituée à l'assuré (art. R.322-113 du code des assurances).

9. sanctions

Toute réticence, fausse déclaration, production intentionnelle d'informations erronées entraîne la nullité du contrat, quand cette réticence ou fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue notre opinion. Les cotisations payées nous demeurent acquises et nous avons droit au paiement de toutes cotisations échues à titre de dommages intérêts (art. L.113-8 du code des assurances).

Lorsque la réticence ou la fausse déclaration ne revêt pas un caractère intentionnel, l'assureur peut, dans les termes de l'article L.113-9 du code des assurances :

- soit résilier le contrat,
- soit proposer un nouveau montant de cotisation adapté au risque réel et, si le souscripteur ou l'assuré n'accepte pas la nouvelle cotisation ou ne répond pas dans un délai d'un mois, résilier le contrat dans un délai d'un mois, moyennant un préavis de 10 jours,
- lorsque l'inexactitude est constatée après sinistre, réduire les indemnités dues au titre de celui-ci dans la proportion de la cotisation payée par rapport à celle qui aurait dû être si le risque avait été correctement déclaré.

DISPOSITIONS DIVERSES

10. prescription

Toutes actions dérivant du présent contrat sont prescrites par 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance (article L.114-1 du Code des assurances).

Toutefois, ce délai ne court :

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

Quand l'action de l'assuré contre nous 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 peut être interrompue (article L.114-2 du Code des assurances) par une des causes ordinaires d'inter interruption ainsi que dans les cas ci-après :

- désignation d'expert à la suite d'un sinistre
- envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception :
 - par nous à l'assuré, en ce qui concerne le paiement de la cotisation
 - par l'assuré à nous, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité
- citation en justice, même en référé
- commandement ou saisie signifié à celui que l'on veut empêcher de prescrire.

11. subrogation

L'assureur est subrogé dans les droits et actions de l'assuré du contrat jusqu'à concurrence des indemnités réglées contre tout tiers responsable du sinistre. Si la subrogation ne peut, du fait de l'assuré, s'opérer en faveur de l'assureur, la garantie de ce dernier cesse d'être engagée dans la mesure où aurait pu s'exercer la subrogation.

12. litiges

En cas de difficulté quelconque concernant l'application du présent contrat, les parties conviennent de se rapporter à la sentence rendue par deux arbitres compétents sur la cause du litige, choisis par chacune d'elle dans un délai d'un mois. Toute contestation d'ordre médical survenant entre le médecin de l'assuré et le nôtre serait soumise à l'arbitrage d'un médecin-expert désigné d'un commun accord entre les deux premiers. Si un accord n'intervenait pas, un médecin-expert serait nommé par la juridiction compétente du domicile de l'assuré. Les honoraires et frais du médecin-expert seraient partagés entre l'assuré et nous.

**BAREME SERVANT CONTRACTUELLEMENT DE BASE
AU CALCUL DE L'INDEMNITE EN CAS D'INVALIDITE PERMANENTE**

A - INVALIDITES PERMANENTES TOTALES				
– Perte totale des deux yeux ou de la vision des deux yeux	100%	– Aliénation mentale incurable et totale résultant directement et exclusivement d'un accident	100%	
– Perte complète de l'usage des deux membres inférieurs ou supérieurs	100%			
B - INVALIDITES PERMANENTES PARTIELLES (% proportionnels du capital assuré)				
TETE				
– Perte complète de la vision d'un oeil sans énucléation	25%	– Anosmie absolue	4%	
– Surdité totale non appareillable résultant directement et exclusivement d'un accident	60%	– Fracture des os propres du nez ou de la cloison, avec gêne respiratoire	3%	
– Surdité complète d'une oreille	12%	– Sténose nasale totale unilatérale	4%	
– Syndrome subjectif des traumatisés crâniens, troubles post-commotionnels - forme complète	5%	– Fracture non consolidée de la mâchoire inférieure	20%	
– Epilepsie généralisée post-traumatique, une ou deux crises convulsives par mois avec traitement	50%	– Perte totale ou presque totale des dents		
– Hémiplégie avec contracture :		o avec possibilité de prothèse	10%	
• côté droit	70%	o sans possibilité de prothèse	35%	
• côté gauche	55%			
MEMBRES SUPERIEURES ET EPAULES				
	D	G	D	G
– Fracture de la clavicule avec séquelles nettes	5%	3%	– Amputation de l'index	10%
– Raideurs de l'épaule, peu accentuées	5%	3%	– Amputation du médius	8%
– Raideurs de l'épaule, la projection en avant et l'abduction n'atteignant pas 90�	15%	11%	– Amputation de l'annulaire	5%
– Perte complète de l'usage du mouvement de l'épaule	30%	22%	– Amputation de l'auriculaire	5%
– Amputation du bras au tiers supérieur ou perte complète de l'usage d'un bras	70%	55%	– Perte complète de l'usage du mouvement du coude	20%
– Perte complète de l'usage d'une main	60%	50%	– Perte complète des mouvements d'un poignet	12%
– Fracture non consolidée d'un bras	40%	30%	– Fracture du 1er métacarpien avec séquelles modérées	4%
– Amputation du pouce :			– Fracture du 5�me métacarpien avec séquelles modérées	2%
• sans conservation du métacarpien	25%	20%		
• avec conservation du métacarpien	15%	10%		
MEMBRES INFERIEURS				
– Amputation de la cuisse au tiers moyen ou perte complète de l'usage d'un membre inférieur	60%	– Perte complète du mouvement de la hanche	30%	
– Perte complète d'un pied	40%	– Perte complète du mouvement du genou	25%	
– Fracture non consolidée de la cuisse	45%	– Ankylose complète de la cheville en position favorable	12%	
– Fracture non consolidée d'une jambe	40%	– Séquelles modérées de fracture transversale de la rotule	10%	
– Amputation partielle d'un pied comprenant tous les orteils et une partie du pied	25%	– Amputation du gros orteil avec son métatarsien	10%	
		– Amputation de deux ou trois orteils d'un pied	2%	
RACHIS – THORAX				
– Fracture de la colonne vertébrale cervicale sans lésion médullaire	10%	– Algies radiculaires avec irradiation (forme légère)	2%	
– Fracture de la colonne vertébrale dorsale-lombaire, tassement avec raideur rachidienne nette sans signes neurologiques	10%	– Fracture isolée du sternum avec séquelles peu importantes	3%	
– Cervicalgies avec raideur rachidienne importante	5%	– Fracture uni-costale avec séquelles peu importantes	1%	
– Lombalgies avec raideur rachidienne importante	5%	– Fractures multiples de côtes avec séquelles importantes	8%	
		– Reliquats d'un épanchement traumatique avec signes radiologiques	5%	
ABDOMEN				
– Splénectomie avec séquelles hématologiques - sans incidence clinique	10%	– Cicatrice abdominale d'intervention chirurgicale avec éventration de 10 cm non opérable	15%	
– Néphrectomie	20%			

BON A SAVOIR

Votre Mutuelle est une entreprise d'assurances de droit français dont les activités sont contrôlées par l'**Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution** (A.C.P.R.) - 61, rue Taitbout 75009 PARIS.

En cas de réclamation, adressez-vous en priorité à votre interlocuteur habituel. Nous nous engageons à traiter votre réclamation dans les meilleurs délais et le plus objectivement possible. En cas de désaccord, ou de non réponse, suite à votre première demande, vous pouvez adresser une réclamation en reproduisant les références du dossier, par courrier exclusivement accompagné de la copie des pièces se rapportant à votre dossier, en exposant précisément vos attentes au service ci-après :

MUTUELLE ALSACE LORRAINE JURA – Service Qualité – 6 boulevard de l'Europe BP 3169 – 68063 MULHOUSE CEDEX.

Notre Société s'engage à vous apporter une réponse dans un délai maximum de 15 jours. Il vous est également possible de saisir, en cas de non règlement de votre litige, le Médiateur de la FFSA. soit par courrier (BP 290, 75425 PARIS CEDEX 09), par messagerie (le.mediateur@mediation-assurance.org) ou par télécopie (01.45.23.27.15).

Votre Mutuelle a adhéré à la "**Charte de la Médiation**" dans le but d'améliorer le traitement à l'amiable des réclamations des assurés et des tiers : La Médiation de l'Assurance TSA 50 110 – 75441 Paris cedex 09.

Votre Mutuelle est r assur e avec caution solidaire auprès de l'**Union du Groupe des Assurances Mutuelles de l'Est** (GAMEST) - 6, bd de l'Europe - BP 3169 - 68063 MULHOUSE Cedex.

Vous pouvez demander communication et rectification de toute information vous concernant qui figurerait sur tout fichier à l'usage de la société (Loi 6 janvier 1978).



Société d'Assurance Mutuelle à cotisations variables
Mutuelle Alsace Lorraine Jura
6, boulevard de l'Europe – BP 3169- 68063 Mulhouse cedex
Société d'Assurance Mutuelle régie par le Code des Assurances