

Assurances scolaires, extra-scolaires et garanties d'assistance

CONDITIONS GÉNÉRALES

Année scolaire
2025-2026

ASSURANCE SCOLAIRE ET EXTRA-SCOLAIRE

1 - GÉNÉRALITÉS

- 1.1 - Composition de votre contrat
- 1.2 - Objet de votre contrat
- 1.3 - Lexique
- 1.4 - Étendue territoriale de vos garanties
- 1.5 - La protection de vos données personnelles
- 1.6 - Contrat souscrit à distance

P.4

- p.4
- p.4
- p.4
- p.4
- p.4
- p.5

2 - LE FONCTIONNEMENT DE VOTRE CONTRAT

- 2.1 - Effet et durée du contrat
- 2.2 - Résiliation du contrat
- 2.3 - Prescription
- 2.4 - Réclamations

P.6

- p.6
- p.6
- p.6
- p.7

3 - LES BASES DE NOTRE ACCORD

- 3.1 - Portée et étendue de vos déclarations
- 3.2 - Conséquences

P.7

- p.7
- p.7

4 - LA COTISATION, CONTREPARTIE DE VOS GARANTIES

- 4.1 - Paiement des cotisations
- 4.2 - Conséquences du retard dans le paiement

P.8

- p.8
- p.8

5 - LE SINISTRE

- 5.1 - La déclaration
- 5.2 - Assurances multiples
- 5.3 - Procédure de contrôlé et d'expertise
- 5.4 - Sinistre collectif
- 5.5 - Subrogation

P.8

- p.8
- p.8
- p.8
- p.8
- p.8

6 - VOS GARANTIES

- 6.1 - Responsabilité civile
- 6.2 Défense pénale et recours suite à accident (DPRSA)
- 6.3 - Assurance individuelle
- 6.4 - Assurance des dommages matériels.
- 6.5 - Les spécificités de la Formule 2

P.8

- p.8
- p.9
- p.10
- p.11
- p.11

7 - EXCLUSIONS GÉNÉRALES

P.12

ASSISTANCE SCOLAIRE ET EXTRA-SCOLAIRE

1 - BÉNÉFICIAIRES	P.13
2 - DURÉE DES GARANTIES	P.13
3 - COUVERTURE GÉOGRAPHIQUE	P.13
4 - FAITS GÉNÉRATEURS	P.13
5 - MODALITÉS DE CONTACT	P.13
6 - EXECUTION DES PRESTATIONS	P.14
7 - HARCELEMENT SCOLAIRE	P.14
8 - PRESTATIONS MÉDICALES	P.14
9 - PRESTATIONS DÉCÈS	P.15
10 - ÉCOLE À DOMICILE EN FRANCE MÉTROPOLITAINE ET MONACO	P.16
11 - PRESTATIONS AUTRES	P.16
12 - LIMITES D'INTERVENTION	P.16
13 - EXCLUSIONS	P.16
14 - MODALITÉS DE TRAITEMENT DES RÉCLAMATIONS DES BÉNÉFICIAIRES	P.17
15 - PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL	P.17
16 - CADRE JURIDIQUE	P.17

ASSURANCE SCOLAIRE ET EXTRA-SCOLAIRE

1.0 GÉNÉRALITÉS



Ce contrat a été souscrit :

Par : La Mutuelle complémentaire de la Ville de Paris, Mutuelle Livre II régie par le code de la Mutualité - SIREN 784 227 894 et donc le siège Social est situé au 2-4 rue Sadi Carnot 93170 Bagnolet (ci-après désignée « la mutuelle ») ;

Auprès de : SwissLife Assurance de Biens, Entreprise régie par le Code des assurances - 391 277 878 RCS Nanterre - Dont le siège social se situe au 1 rue Bellini, 92800 PUTEAUX (ci-après désigné « l'assureur »).

Les garanties mentionnées ci-après sont accordées aux enfants célibataires scolarisés (âgés de 2 à 20 ans révolus) des adhérents de la Mutuelle pour lesquels ils cotisent ou sont exonérés.

1.1 - COMPOSITION DE VOTRE CONTRAT

Il se compose :

- des présentes Conditions Générales valant également notice d'information ;
- de vos Conditions Particulières ;
- de tout avenant ultérieur signé de l'assureur

1.2 - OBJET DE VOTRE CONTRAT

Ce contrat "Assurance scolaire" a pour objet d'accorder un ensemble de garanties contre les événements spécifiquement désignés au contrat, selon les formules suivantes :

FORMULE 1 : "ACTIVITÉS SCOLAIRES ET TRAJETS"

Les garanties s'appliquent pendant le temps des activités scolaires et périscolaires (telles que activités sportives, socioculturelles, voyages scolaires, stages et formations organisés par l'établissement scolaire fréquenté), ainsi qu'à l'occasion du trajet aller-retour du domicile à l'établissement scolaire. Ces activités sont définies au Lexique.

FORMULE 2 : "ACTIVITÉS SCOLAIRES ET TRAJETS + ACTIVITÉS EXTRA-SCOLAIRES (VIE PRIVÉE)"

Les garanties s'appliquent pendant le temps des Activités scolaires et périscolaires telles que décrites ci-dessus et également au cours de la vie quotidienne de l'Élève, 24 h/24, 365 jours/an, selon les spécificités définies à l'article 7. Ces activités sont définies au lexique.

La formule de garanties retenue figure aux Conditions Particulières et vos garanties sont détaillées dans les présentes Conditions Générales.

1.3 - LEXIQUE

Accident (accidentel-accidentellement) : tout événement soudain, fortuit, imprévu, et provenant exclusivement d'une cause extérieure à la victime ou à la chose endommagée, constituant la cause de dommages corporels ou matériels.

Accident corporel : toute atteinte corporelle résultant d'un choc traumatique, violent, soudain et imprévu, provoqué exclusivement par une cause extérieure.

Activités scolaires : Activités exercées par l'Élève dans son établissement scolaire, et au cours des activités périscolaires (telles que les activités sportives, socioculturelles, les stages, les formations) à condition que ces activités soient organisées par l'établissement scolaire ou universitaire fréquenté par l'Élève. Le trajet aller-retour du domicile de l'Élève à l'établissement ou au lieu des activités organisées par celui-ci, est assimilé à une Activité scolaire.

Sont cependant exclues de l'assurance les activités exercées lorsque l'élève est en contrat d'apprentissage, ainsi que les activités exercées dans le cadre de la formation professionnelle en alternance, y compris les contrats de professionnalisation. En effet, dans ces cas de figure, la

responsabilité de l'élève relève de son organisme d'accueil.

Activités extrascolaires : Activités se déroulant au cours de la vie privée de l'Élève, 24h/24, 365 jours par an, autres que celles répondant à la définition d'activités scolaires.

Assuré : Pour la garantie Responsabilité civile :

- le ou les Élève(s) désigné(s) aux Conditions particulières,
- ses parents et/ou représentants légaux dans le cas où leur responsabilité civile serait mise en cause à la suite de dommages causés par l'Élève mineur à des tiers (article 1242 du Code civil).

Pour toute autre garantie : l'Élève désigné aux Conditions particulières.

Conditions Particulières : Document émis par l'assureur et matérialisant son accord à l'assurance. Il précise l'identité du ou des Élèves, la date de prise d'effet du contrat, le montant de la cotisation ainsi que la formule de garanties retenue.

Date de consolidation : date à laquelle, à la suite de l'état transitoire que constitue la période des soins, les lésions ou séquelles consécutives à une maladie ou à un accident prennent un caractère permanent, tel qu'un traitement n'est plus en principe nécessaire, si ce n'est pour éviter une aggravation. La date de consolidation est définie par une autorité médicale.

Déchéance : c'est la perte du droit à la prestation due en cas de sinistre à la suite du non-respect de la part de l'assuré de certaines dispositions de l'adhésion.

Dommages corporels : toute atteinte à l'intégrité physique des personnes.

Dommages immatériels : tout préjudice à caractère financier qui est la conséquence d'un dommage matériel ou corporel garanti.

Dommages matériels : toute détérioration ou destruction d'une chose ou d'une substance, toute atteinte physique à des animaux.

Échéance : c'est le point de départ d'une période annuelle d'assurance et c'est la date à laquelle vous devez payer votre cotisation pour être assuré l'année à venir.

Tiers : toute personne autre que celles définies comme Assuré au contrat, que les frères, les sœurs, les demi-frères, les demi-sœurs, père, mère et autres ascendants de l'assuré.

1.4 - ÉTENDUE TERRITORIALE DE VOS GARANTIES

Les garanties du présent contrat s'exercent :

- en France ;
- à l'étranger, sous réserve que le séjour soit inférieur à 30 jours consécutifs.

A défaut, les garanties se retrouvent suspendues à compter du 30^{ème} jour de déplacement.

1.5 - LA PROTECTION DE VOS DONNÉES PERSONNELLES

Dans le cadre de nos relations, SwissLife et MCVAP en leurs qualité de Responsables de Traitements Conjointes sont amenés à collecter des données personnelles dans le respect du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD), de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, et des référentiels édictés par la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés).

SWISS LIFE, en sa qualité d'assureur et porteur du risque, détermine les bases légales garantissant la licéité des traitements de données, ainsi que les objectifs et finalités principaux des traitements de données à caractère personnel nécessaires à la passation, la gestion, et l'exécution des contrats d'assurance (garanties couvertes par le contrat, mesures à mettre en œuvre pour répondre aux obligations légales, objectifs en matière de lutte contre la fraude, et procède à l'appréciation des risques)

MCVPAP, en sa qualité de distributeur, détermine quant à elle les bases légales des traitements nécessaires à la distribution des contrats, à la gestion de ces derniers et à la relation adhérent, intervient dans la détermination des moyens principaux des traitements (données nécessaires, gestion de la conservation ...) et en assure la mise en œuvre technique et opérationnelle.

La relation entre SWISS LIFE et MCVAP, en leur qualité de responsables de traitement conjoints, fait l'objet d'un acte juridique reflétant les rôles respectifs des responsables conjoints du traitement tels que précisés ci-dessus. Les grandes lignes de cette relation sont disponibles en adressant une demande écrite au Délégué à la Protection des Données (voir coordonnées ci-après).

Les objectifs poursuivis par la collecte des données par les Responsables Conjointes de Traitements et les fondements juridiques des traitements des données sont les suivants :

Finalité : Passation, gestion, exécution des contrats d'assurance	Bases légales des traitements
• Etude des besoins spécifiques de chaque assuré afin de proposer des contrats adaptés • Examen, acceptation, contrôle et surveillance du risque • Exécution des garanties des contrats • Gestion des contrats et Gestion des adhérents • Exercice des recours • Gestion des réclamations et des contentieux	Exécution du contrat
• Exécution de dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur (il peut notamment s'agir de traitements relatifs à l'exécution des règles fiscales, sociales, etc.. ou encore des obligations relatives à la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme)	Respect d'obligations légales
• Mise en place d'actions de prévention proposées par l'assureur • Gestion du client intra-groupe • Conduite d'activités de recherche et développement • Opérations de communication et de fidélisation de la clientèle ou d'amélioration de la qualité du service • Elaboration de statistiques et études actuarielles	Intérêt légitime
Finalité : Lutte contre la fraude à l'assurance	Bases légales des traitements
• Analyse et détection des actes réalisés dans le cadre de la passation, la gestion et l'exécution des contrats présentant une anomalie, une incohérence, ou ayant fait l'objet d'un signalement pouvant révéler une fraude à l'assurance, • Gestion des alertes en cas d'anomalies, d'incohérences ou de signalements, • Constitution de listes des personnes dûment identifiées comme auteurs d'actes pouvant être constitutifs d'une fraude, • Gestion des procédures amiables, contentieuses, et disciplinaires consécutives à un cas de fraude, • Exécution des dispositions contractuelles, législatives, réglementaires ou administratives en vigueur applicables consécutivement à une fraude. Ces traitements permettent de prévenir, de détecter ou de gérer les opérations, actes, ou omissions présentant un risque de fraude.	Intérêt légitime
Finalité : Prospection commerciale	Bases légales des traitements
• Réalisation des opérations relatives à la gestion des prospects • Acquisition, cession, location ou l'échange des données relatives à l'identification des prospects de l'Organisme d'assurance	Intérêt légitime

Durées de conservation des données personnelles

Les données traitées dans le cadre de la passation, la gestion et l'exécution des contrats sont conservées durant toute la relation avec les entités Responsables Conjointes de Traitements visées ci-dessus, et jusqu'à expiration des durées légales de prescription incombant aux responsables de traitement conjoints. En cas de non-conclusion d'un contrat, les données (notamment les données de santé) pourront être conservées pour une durée maximale de 5 ans à compter de leur collecte ou du dernier contact émanant du demandeur.

Dans le cadre de la lutte contre la fraude à l'assurance, les données pourront être conservées pour une durée de 5 ans à compter de la clôture du dossier de fraude si l'alerte est confirmée, et en cas de procédure judiciaire, ces données pourront être conservées jusqu'au terme de la procédure. Ces informations seront ensuite archivées.

En cas d'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, les données pourront être conservées 5 ans maximum à compter de l'inscription.

Dans le cadre de la prospection commerciale, les données sont conservées pour une durée de trois ans maximum après le dernier contact ou la fin de la relation contractuelle.

Destinataires des données personnelles

Les données personnelles sont destinées dans la limite de leurs attributions :

- aux services du distributeur et de l'Assureur ou à d'autres entités de leur Groupe dès lors que leurs missions le justifient, et notamment à des fins de reporting, de lutte contre la fraude, de lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme, d'audit et de contrôle,
- aux réassureurs ou co-assureurs, intermédiaires, partenaires, ou sous-traitants, et à d'autres sociétés d'assurance si celles-ci sont impliquées dans la gestion du contrat (ex : assureur du tiers victime)
- à des organismes susceptibles d'intervenir dans l'exécution des contrats d'assurance, tels les organismes publics habilités (administration fiscale, ministères concernés, autorités de tutelle, régimes sociaux, ...), ainsi qu'à des organismes professionnels (notamment à l'Agence de Lutte contre la Fraude à l'Assurance ou l'Association pour la Gestion des Informations sur le Risque en Assurance), ou encore aux médiateurs, notaires, avocats, ou juridictions s'il y a lieu.

Vos données sont traitées en France ou au sein de l'Union européenne. Toutefois, si des données personnelles doivent faire l'objet de transferts vers des pays tiers (notamment à destination de nos sous-traitants), les Responsables de Traitements Conjointes prendront toutes les garanties nécessaires pour encadrer ces transferts (notamment encadrement des transferts à l'aide de Clauses Contractuelles Types émises par la Commission Européenne) et veiller à ce que la protection de vos données s'effectue dans des conditions adaptées permettant de garantir leur sécurité et l'effectivité de vos droits.

Droits sur vos données

Vous disposez de droits sur ces données :

- **Droit d'accès** : vous pouvez obtenir des informations concernant le traitement de vos données ainsi qu'une copie de ces données ; (nb : concernant les données traitées dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, le droit d'accès s'exerce auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés)
- **Droit de rectification** : si vos données sont inexacts ou incomplètes, vous pouvez demander à ce qu'elles soient modifiées ou complétées ;
- **Droit d'opposition au traitement des données à caractère personnel** pour des motifs légitimes, ou droit d'opposition sans motif concernant l'utilisation de vos données à des fins de prospection commerciale. Concernant la prospection par téléphone, vous pouvez aussi vous opposer en vous inscrivant gratuitement sur la liste d'opposition nationale BLOCTEL (www.bloctel.gouv.fr) qui interdit aux professionnels avec lesquels vous n'avez pas de relation contractuelle en cours, de vous démarcher par téléphone.
- **Droit à la limitation des données à caractère personnel** ;
- **Droit à l'effacement** : vous pouvez demander l'effacement de vos données sous réserve de l'application de votre contrat ou d'obligations légales de conservation s'appliquant à l'Assureur ;
- **Droit à la portabilité des données** : vous pouvez demander que les données personnelles que vous nous avez personnellement fournies vous soient rendues ou, lorsque cela est techniquement possible, soient transférées à un tiers ;
- **Droit de retirer votre consentement** si l'utilisation des données est fondée sur votre autorisation spéciale et expresse ;
- **Droit de définir des directives relatives au sort des données à caractère personnel après votre décès.**

Ces droits peuvent s'exercer par un courrier adressé au DPO – Swiss Life – Direction gouvernance et qualité de la donnée – 1 rue Bellini, 92800 PUTEAUX ; ou par e-mail à dposwisslife@swisslife.fr ; ou auprès du médecin-conseil de Swiss Life à l'adresse précitée pour toutes demandes liées à des données médicales.

Vous pouvez également en cas de réclamation choisir de contacter la CNIL : <https://www.cnil.fr>

Concernant vos données, vous pouvez également vous reporter à tout moment à la politique de protection des données sur notre site Internet : www.swisslife.fr.

1.6 - CONTRAT SOUSCRIT À DISTANCE

Dans le cas où vous avez souscrit votre contrat à distance, vous pouvez renoncer à l'assurance, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités, dans les 14 jours qui suivent la conclusion de votre contrat (ou la réception des conditions contractuelles si cette date est postérieure).

Pour cela, il vous suffit de nous envoyer une lettre recommandée avec accusé de réception, selon le modèle suivant :

« Je soussigné(e) [Nom Prénom], demeurant à [Adresse], demande à renoncer à la souscription de mon contrat « Assurance Scolaire » n° _____ »

Ce courrier est à adresser à [MCVPAP 93545 Bagnolet Cedex](#).

Les sommes éventuellement versées au titre de l'assurance seront restituées dans les 30 jours qui suivent l'envoi de la notification. Vous pouvez demander la prise d'effet de vos garanties avant expiration de ce délai de renonciation.

2.0 LE FONCTIONNEMENT DE VOTRE CONTRAT



2.1 - EFFET ET DURÉE DU CONTRAT

La date de conclusion du contrat est celle de notre acceptation qui vous sera indiquée sur les dispositions particulières.

Les garanties prennent effet à la date indiquée aux dispositions particulières, et sous réserve du paiement de la première cotisation par la MCV PAP et/ou par l'adhérent.

Le contrat est conclu pour une durée annuelle et sera reconduit tacitement d'année en année à chaque échéance anniversaire.

2.2 - RÉSILIATION DU CONTRAT

Le contrat peut être résilié dans les cas suivants :

PAR VOUS UNIQUEMENT

- A Échéance principale, moyennant le respect d'un préavis de 2 mois ;
- En cas de diminution de risque, sauf si nous avons accepté une réduction correspondante de la cotisation (article L.113-4 du Code des assurances) ;
- Si nous avons résilié un de vos autres contrats, souscrits auprès de nous, après sinistre (article R.113-10 du Code des assurances), dans le mois qui suit la notification de notre décision.

PAR NOUS UNIQUEMENT

- En cas de non paiement des cotisations (article L.113-3 du Code des assurances), selon modalités décrites à l'article 4 ci-après.
- En cas d'aggravation du risque telle que si l'élément nouveau avait existé lors de la souscription, nous aurions refusé le risque, à l'expiration d'un délai de 10 jours après l'envoi de la lettre de résiliation (article L.113-4 du Code des assurances) ;
- En cas d'aggravation du risque (article L.113-4 du Code des assurances) et de refus de votre part du nouveau tarif que nous vous proposons, à l'expiration d'un délai de 30 jours à compter de la date à laquelle nous vous avons proposé ce nouveau tarif ;
- En cas d'omission ou inexactitude dans vos déclarations, bases de notre accord, à la souscription ou en cours de contrat, à l'expiration d'un délai de 10 jours après l'envoi de la lettre de résiliation (article L.113-9 du Code des assurances) ;
- Après sinistre (article R.113-10 du Code des assurances).

DE PLEIN DROIT

- En cas de retrait total de l'agrément de l'Assureur par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (article L326-12 du Code des assurances) ;
- En cas de résiliation du contrat santé

Par ailleurs, ce contrat d'assurance scolaire étant proposé en complément de l'offre santé dont vous bénéficiez, il cessera tous ses effets à la date de résiliation dudit contrat santé, dont il fait partie intégrante.

MODALITÉS DE RÉSILIATION

Toute demande de résiliation à l'initiative de l'assuré et dans les cas évoqués ci-dessus, doit être adressée par lettre recommandée avec accusé réception afin de conserver une preuve de votre envoi, ou par tout autre support visé à l'article L 113-14 du code des assurances, à : [MCVPAP 93545 Bagnolet Cedex](#).

2.3 - PRESCRIPTION

La prescription est l'extinction d'un droit après un délai prévu par la loi. Toutes actions dérivant du présent contrat sont prescrites dans les délais et termes des articles suivants du Code des assurances :

Articles L. 114-1

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

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance 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.

Article L. 114-2 – Causes d'interruption de la prescription

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre.

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

Article L. 114-3 – Caractère d'ordre public de la prescription

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.

Causes ordinaires d'interruption

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription visées à l'article L. 114-2 précité sont celles prévues selon les termes et conditions des articles suivants du Code civil :

Reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait Article 2240 du Code civil

La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription.

Demande en justice Article 2241 du Code civil

La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion. Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure.

Article 2242 du Code civil

L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance.

Article 2243 du Code civil

L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée.

Mesure conservatoire et acte d'exécution forcée Article 2244 du Code civil

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

Étendue de la prescription quant aux personnes Article 2245 du Code civil

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

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

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

Article 2246 du Code civil

L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution.

Les causes de report du point de départ ou les causes de suspension de la prescription visées à l'article L. 114-3 du Code des assurances sont énumérées aux articles 2233 à 2239 du Code civil reproduits ci-après dans leur version en vigueur au 1er janvier 2024.

Article 2233 du Code civil

La prescription ne court pas :

1. à l'égard d'une créance qui dépend d'une condition, jusqu'à ce que la condition arrive ;
2. à l'égard d'une action en garantie, jusqu'à ce que l'éviction ait lieu ;
3. à l'égard d'une créance à terme, jusqu'à ce que ce terme soit arrivé.

Article 2234 du Code civil

La prescription ne court pas ou est suspendue contre celui qui est dans l'impossibilité d'agir par suite d'un empêchement résultant de la loi, de la convention ou de la force majeure.

Article 2235 du Code civil

Elle ne court pas ou est suspendue contre les mineurs non émancipés et les majeurs en tutelle, sauf pour les actions en paiement ou en répétition des salaires, arrérages de rente, pensions alimentaires, loyers, fermages, charges locatives, intérêts des sommes prêtées et, généralement, les actions en paiement de tout ce qui est payable par années ou à des termes périodiques plus courts.

Article 2236 du Code civil

Elle ne court pas ou est suspendue entre époux, ainsi qu'entre partenaires liés par un pacte civil de solidarité.

Article 2237 du Code civil

Elle ne court pas ou est suspendue contre l'héritier acceptant à concurrence de l'actif net, à l'égard des créances qu'il a contre la succession.

Article 2238 du Code civil

La prescription est suspendue à compter du jour où, après la survenance d'un litige, les parties conviennent de recourir à la médiation ou à la conciliation ou, à défaut d'accord écrit, à compter du jour de la première réunion de médiation ou de conciliation. La prescription est également suspendue à compter de la conclusion d'une convention de procédure participative ou à compter de l'accord du débiteur constaté par l'huissier de justice pour participer à la procédure prévue à l'article L. 125-1 du Code des procédures civiles d'exécution.

Le délai de prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois, à compter de la date à laquelle soit l'une des parties ou les deux, soit le médiateur ou le conciliateur déclarent que la médiation ou la conciliation est terminée. En cas de convention de procédure participative, le délai de prescription recommence à courir à compter du terme de la convention, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois. En cas d'échec de la procédure prévue au même article, le délai de prescription recommence à courir à compter de la date du refus du débiteur, constaté par l'huissier, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois.

Article 2239 du Code civil

La prescription est également suspendue lorsque le juge fait droit à une demande de mesure d'instruction présentée avant tout procès. Le délai de prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois, à compter du jour où la mesure a été exécutée.

Ces différents articles peuvent évoluer en cours de vie du contrat. Ces articles sont disponibles à la rubrique « Les codes en vigueur » du site Internet du service public de la diffusion du droit (<http://www.legifrance.gouv.fr>) ou sur simple demande écrite auprès de l'assureur.

2.4 - RÉCLAMATIONS

Votre premier contact : votre interlocuteur habituel

En cas de réclamation concernant votre contrat, vous êtes invité, dans un premier temps, à prendre contact avec votre interlocuteur habituel (conseiller commercial ou service adhérent).

Votre deuxième contact : le service réclamations

Si un désaccord persiste, vous pouvez vous adresser à notre service réclamations :

SwissLife Prévoyance et Santé – Service réclamations – TSA 36003 – 59781 Lille Cedex.

La Médiation de l'assurance.

La Médiation de l'Assurance peut également être saisie, après l'écoulement d'un délai de 2 mois qui suit l'envoi de votre première réclamation, en remplissant le formulaire accessible depuis le site

<https://www.mediation-assurance.org>, ou à l'adresse suivante :

La Médiation de l'Assurance

TSA 50110

75441 Paris Cedex 09

La Médiation de l'Assurance ne peut être saisie si une action contentieuse a été ou est engagée. Le médiateur de l'assurance exerce sa mission en toute indépendance.

3.0 LES BASES DE NOTRE ACCORD



Elles sont constituées par vos déclarations à chaque étape de la vie de votre contrat.

3.1 - PORTÉE ET ÉTENDUE DE VOS DÉCLARATIONS

Les déclarations que vous avez faites en réponse au questionnaire soumis à la souscription, sont reproduites aux Conditions Particulières. Il est essentiel que ces déclarations soient exactes.

À LA SOUSCRIPTION OU EN COURS DE CONTRAT

Elles nous permettent de fixer les conditions auxquelles nos garanties vous sont accordées. Vous devez donc nous signaler tout changement, même temporaire, affectant, en cours de contrat, un des éléments figurant dans vos Conditions Particulières.

Vous devez nous en informer dans les quinze jours qui suivent la date où vous en avez eu connaissance.

EN CAS D'EXISTENCE D'AUTRES ASSURANCES

Si les risques garantis par ce contrat sont à la souscription, ou viennent à être couverts, par une autre assurance, vous devez nous le faire savoir dans les quinze jours où vous en avez connaissance.

3.2 CONSÉQUENCES

En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle, le souscripteur et l'assuré, s'il est différent, s'exposent à la nullité de l'adhésion, conformément à l'article L. 113-8 du Code des assurances.

En cas d'omission ou de déclaration inexacte, il peut être fait application des articles L. 113-9 et L. 132-26 du Code des assurances.

4.0 LA COTISATION, CONTREPARTIE DE VOS GARANTIES



4.1 - PAIEMENT DES COTISATIONS

La cotisation de la formule 1, activités scolaire, se paye d'avance par la MCV PAP.

Concernant la formule 2, activités scolaire et extrascolaire, la cotisation relative aux activités scolaire se paye d'avance par la MCV PAP. Quant à la cotisation relative aux activités extrascolaire, elle se paye d'avance par l'adhérent.

4.2 - CONSÉQUENCES DU RETARD DANS LE PAIEMENT

En cas de non-paiement d'une cotisation dans les 10 jours de son échéance, l'assureur adresse une mise en demeure à l'adhérent, conformément à l'article L. 113-3 du Code des assurances. Si la cotisation n'a pas été acquittée dans les 30 jours suivants cet envoi, la garantie est de plein droit suspendue et sera résiliée par l'assureur à compter du 41^e jour. Le contrat non résilié reprend ses effets à midi le lendemain du jour où ont été payés les arriérés de cotisation ou, en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension.

5.0 LE SINISTRE



5.1 - LA DÉCLARATION

Lors de cette déclaration de sinistre, vous devez nous transmettre tous les éléments permettant de justifier ce dernier, en transmettant :

- la date, le lieu, les causes et circonstances du sinistre connues ou supposées ;
- la nature et le montant approximatif des dommages ;
- les noms, prénoms, adresses et qualité des personnes lésées, responsables ou témoins du sinistre.

Cette liste n'est pas exhaustive, l'assureur se réserve le droit de vous demander toute pièce complémentaire qu'il jugera utile.

DÉLAIS

Vous devez nous déclarer le sinistre dès que vous en avez connaissance et **au plus tard dans les 5 jours ouvrés**, sauf cas fortuit ou de force majeure. A défaut, vous serez déchu de tout droit à indemnités.

5.2 - ASSURANCES MULTIPLES

Conformément aux termes de l'article L.121-4 du Code des assurances vous devez immédiatement porter à la connaissance de chaque assureur, le nom du ou des assureurs vous garantissant pour les mêmes risques que ceux couverts au titre du présent contrat.

En cas de sinistre garanti par plusieurs contrats d'assurance, vous pouvez obtenir l'indemnisation de vos dommages en vous adressant à l'assureur de votre choix.

Si vous faites le choix de porter à notre connaissance le sinistre, vous devez nous déclarer le nom des assureurs concernés.

Lorsque notre garantie intervient en complément de celles accordées par d'autres contrats d'assurance, les montants applicables sont réduits du

montant des sommes réglées ou à régler par ces autres contrats.

Quand plusieurs assurances contre un même risque sont contractées de manière frauduleuse ou dans l'intention de nous tromper, nous pouvons invoquer la nullité de contrat et demander des dommages et intérêts (article L.121-4 du Code des assurances).

5.3 - PROCÉDURE DE CONTRÔLE ET D'EXPERTISE

Dans le cadre d'un sinistre garanti, vous devez nous fournir toutes pièces justificatives et vous prêter à toute expertise ou à tout examen que nous estimerions nécessaire.

La non-présentation de l'adhérent à l'expertise médicale diligentée par l'assureur entraîne sans délai la suspension du versement des prestations de l'assureur, ainsi que la suspension de toutes les garanties du contrat.

Les garanties reprendront effet une fois que l'expertise médicale aura pu être réalisée.

Dans tous les cas, la période de suspension des garanties ne pourra jamais donner lieu à indemnisation.

Si vous le souhaitez, le contrôle médical que nous diligentons peut avoir lieu en présence du médecin de votre choix (dont les frais resteront à votre charge).

Toute contestation de l'adhérent sur les conclusions de l'expert relatives à son état de santé entraînera la procédure qui suit :

• **Expertise contradictoire** : en cas de désaccord sur les conclusions de l'expert de l'assureur, les parties peuvent procéder à une expertise amiable contradictoire durant laquelle chacune d'elles devra se faire assister par le médecin de son choix. Chaque partie paie les frais et honoraires de son médecin ;

• **Compromis d'arbitrage** : si un désaccord sur l'état de santé de l'adhérent subsiste après l'expertise contradictoire, les parties intéressées pourront convenir, si elles le souhaitent, de s'en remettre à un médecin tiers-arbitre désigné d'un commun accord. Faute d'entente sur le choix de ce dernier, il sera désigné par le président du tribunal judiciaire du domicile de l'adhérent situé en France.

Chaque partie paie les frais et honoraires du médecin qui l'assiste. En revanche, les honoraires du tiers arbitre, ainsi que, s'il y a lieu, les frais de sa nomination judiciaire sont payés par moitié par chacune des parties.

Les conclusions rendues par le tiers arbitre s'imposeront aux parties qui ne pourront former de recours ultérieur envers celles-ci.

5.4 - SINISTRE RESULTANT D'UN MÊME ÉVÉNEMENT

Constitue un seul et même sinistre, l'ensemble des Dommages corporels, matériels et immatériels résultant d'un même événement.

En cas d'accident affectant simultanément plusieurs assurés, **le total des indemnités versées par l'Assureur ne pourra excéder 800 000 €.**

5.5 - SUBROGATION

Lorsque nous vous avons indemnisé au titre de votre contrat, nous nous substituons dans vos droits et actions contre tout responsable du sinistre, jusqu'à concurrence de l'indemnité que nous vous avons payée.

Si la subrogation ne peut plus, de votre fait, s'opérer en notre faveur contre le responsable ou à défaut son assureur, nous sommes déchargés de votre garantie dans les proportions dans lesquelles aurait pu s'exercer la subrogation.

6.0 VOS GARANTIES



6.1 - RESPONSABILITÉ CIVILE

La garantie couvre les conséquences pécuniaires de la responsabilité civile que l'assuré peut encourir en raison des dommages matériels, immatériels et corporels causés à autrui suite à un accident.

Cette garantie ne s'applique pas aux dommages causés, en dehors du temps scolaire et de l'établissement ou de l'entreprise, aux tablettes numériques et/ou ordinateurs portables confiés par l'un de ces organismes à l'Élève.

NATURE DU PRÉJUDICE INDEMNISATION

Dommages corporels : limités à 5 000 000 €.

Dommages matériels et immatériels consécutifs : limités à 800 000 €.

Dommages causés au matériel confié à l'élève durant un stage : limités à 16 000 €.

Ces limitations s'entendent pour les sinistres garantis, y compris pour leurs suites et conséquences.

CE QUI N'EST PAS GARANTI

En sus des exclusions générales reprises à l'article 7 ; nous ne garantissons pas :

- les dommages dans lesquels sont impliqués des véhicules à moteur assujettis à l'assurance automobile obligatoire,
- les dommages causés aux animaux, biens meubles et immeubles dont l'assuré, son conjoint, ses ascendants, descendants ou frères et sœurs ont la propriété, la conduite, la garde ou l'usage, y compris les dommages causés aux parties communes de l'immeuble occupé par l'assuré ou ses ascendants,
- les dommages causés par un incendie, une explosion ou un dégât des eaux ayant pris naissance dans les locaux, y compris dans les parties communes, occupés à quelque titre que ce soit par l'assuré ou ses ascendants,
- les dommages causés par l'assuré à son conjoint, ses ascendants, descendants, frères et sœurs, aux personnes assurant sa garde, à toute autre personne vivant à son foyer,
- les dommages résultant de l'exercice d'une activité professionnelle ;
- les dommages résultant de l'exercice d'une activité, même non rémunérée, de caractère associatif ou électif non organisée par l'établissement scolaire ;
- les dommages résultant de la pratique de sports aériens, de la chasse (y compris de la chasse sous-marine) ;
- les dommages résultant de l'usage d'armes à feu, d'engins de guerre et d'explosifs de toute nature,
- les dommages résultant de la participation de l'assuré à des compétitions officielles ;
- les résultant de l'organisation ou de la participation à toutes épreuves, courses ou compétitions sportives (y compris les épreuves préparatoires) nécessitant une autorisation administrative ou soumise à l'obligation légale d'assurance ;
- les dommages engageant votre seule responsabilité contractuelle ;
- les dommages causés par les chiens de catégories 1 et 2 (dits « chiens dangereux » et définis par les dispositions du code rural et de la pêche maritime ;
- par les animaux non domestiques vous appartenant ou dont vous avez la garde ;
- les dommages causés par tous véhicules aériens (y compris les aéronefs) ;
- par toute embarcation à moteur ou de plus de 5 mètres de longueur ou naviguant hors des eaux territoriales françaises ;
- les dommages résultant d'un vol, d'acte de vandalisme, de destructions volontaires ou de toute agression commis par l'assuré,
- les dommages et intérêts à caractère punitif (« punitive or exemplary damages ») pouvant être mis à la charge de l'assuré par les juridictions nord-américaines ;
- les redevances et amendes pouvant être mises à votre charge en application de la législation en vigueur ;
- les frais destinés à prévenir ou éviter les dommages ou leur aggravation ;
- les dommages subis par les éléments naturels tels que l'air, l'eau, le sol, la faune, la flore, dont l'usage est commun à tous (c'est-à-dire ne constituant pas les biens d'une personne) ;
- les conséquences de la responsabilité civile encourue du fait d'engagements solidaires ou de condamnations « in solidum ». Dans ce cas, nous ne garantissons que votre seule part de responsabilité définie et reconnue ;
- les dommages subis par toute victime ayant accepté de participer à la réalisation du dommage (par exemple rixes, bagarres, jeux, etc.).

6.2 - DEFENSE PENALE ET RECOURS SUITE À ACCIDENT

La mise en œuvre de cette garantie est confiée au GIE Civis :

90, avenue de Flandre 75019 Paris

Tél. : 01 53 26 25 25 – giecivis@civis.fr – www.civis.fr

RECOURS

Cette garantie assure le paiement des frais nécessaires pour obtenir, soit à l'amiable, soit judiciairement, la réparation pécuniaire des dommages corporels ou matériels résultant d'un Accident subi par l'assuré dans le cadre de l'exercice de son stage, lorsqu'ils engagent la responsabilité d'un tiers et dès lors que l'enjeu du recours est supérieur à 150 €.

DÉFENSE PÉNALE

Cette garantie assure le paiement des frais nécessaires pour défendre l'Assuré lorsqu'il est poursuivi devant un tribunal civil, pénal ou administratif sous l'inculpation de délit ou de contravention pour un fait garanti au titre d'une garantie du présent contrat, dès lors que l'enjeu est supérieur à 150 €.

La Compagnie ne prend pas à sa charge les amendes ou autres astreintes ou condamnations pécuniaires.

Au titre des garanties "Recours" et "Défense pénale" l'Assuré doit demander l'accord de l'assureur avant d'introduire une action en justice. A défaut d'accord, les frais et les conséquences de cette action resteront à sa charge.

Nous ne garantissons pas les litiges consécutifs à :

- des rixes, violences ou injures dans lesquelles vous avez joué un rôle actif ou provocateur,
- l'expression d'opinions politiques ou syndicales,
- tout événement dans lequel est impliqué un véhicule à moteur dont vous êtes propriétaire ou détenteur habituel,
- la fourniture d'une prestation par une personne vous étant liée par convention.

LA DECLARATION

Vous devrez nous déclarer votre litige dès que vous en avez connaissance, conformément à l'article L 113-2 du code des assurances, en nous communiquant immédiatement et ultérieurement, à notre demande, toutes pièces, informations, justificatifs ou éléments de preuve nécessaires à la vérification des garanties, à la localisation du tiers, à l'instruction du dossier et à la recherche de sa solution.

2 modes de déclaration sont à votre disposition :

- la déclaration par courriel : giecivis@civis.fr,
- la déclaration par courrier postal : GIE CIVIS, service déclarations, 90 avenue de Flandre 75019 PARIS

Cette déclaration devra nous parvenir avant tout engagement d'action judiciaire et avant toute saisine d'un mandataire (avocat, huissier, expert,...), sauf mesures conservatoires urgentes et appropriées. Dans le cas contraire, nous serons fondés à ne pas prendre en charge les frais et honoraires engagés sans notre accord préalable.

En cas de déclaration inexacte et de mauvaise foi sur les faits, les événements ou la situation qui sont à l'origine du litige ou plus généralement sur tout élément pouvant servir à sa solution, vous encourez une déchéance de garantie.

GESTION DE VOTRE DOSSIER

Vous bénéficiez de l'assistance des juristes du GIE CIVIS (90 avenue de Flandre 75019 PARIS, tél.: 01.53.26.25.25, giecivis@civis.fr, www.civis.fr), groupement autonome et spécialisé, mandaté par nos soins pour mettre en œuvre cette garantie.

Le GIE CIVIS, dans le cadre d'une gestion amiable de votre dossier, vous renseignera sur vos droits et mettra en œuvre, avec votre accord, toute intervention ou démarche de nature à permettre sa solution.

Cette déclaration devra nous parvenir avant tout engagement d'action judiciaire et avant toute saisine d'un mandataire (avocat, huissier, expert, ...), sauf mesures conservatoires urgentes et appropriées. Dans le cas contraire, nous serons fondés à ne pas prendre en charge les frais et honoraires engagés sans notre accord préalable.

En cas de déclaration inexacte et de mauvaise foi sur les faits, les événements ou la situation qui sont à l'origine de l'accident, de la poursuite, du litige ou plus généralement sur tout élément pouvant servir à sa solution, vous encourez une déchéance de garantie.

Après son instruction, nous vous renseignerons sur vos droits, et mettrons en œuvre, avec votre accord, toutes interventions ou démarches tendant à permettre une issue amiable.

Les frais que vous pourriez engager sans notre accord préalable resteront à votre charge.

Si nous ne parvenons pas à une issue amiable, nous vous guiderons soit vers un mode alternatif de règlement des différends soit vers la procédure judiciaire qui pourra être engagée.

En cas de procédure ou si un règlement amiable de votre dossier n'a pu intervenir, ainsi qu'en cas de conflit d'intérêts, nous vous proposerons de

choisir librement votre avocat chargé de défendre vos intérêts. Par ailleurs, nous pourrions à votre demande vous mettre en relation avec l'un de nos avocats habituels.

Vous aurez la direction du procès, c'est à dire durant la procédure la maîtrise des directives ou des mesures pouvant s'avérer nécessaires, sous réserve cependant d'obtenir l'accord préalable du GIE CIVIS sur la prise en charge des frais et honoraires, liés aux actions ou voies de recours que vous entendriez exercer.

REGLEMENTS DES HONORAIRES ET SUBROGATION

Le GIE CIVIS réglera directement les honoraires et frais des mandataires, à concurrence des montants indiqués dans le tableau ci-après, et tous autres frais nécessaires à la solution du sinistre.

De votre côté, il vous appartiendra de verser toutes sommes, provisions ou cautions qui seraient éventuellement requises pour faire face à des charges non garanties.

L'ensemble de nos règlements sur la garantie à ne pourra excéder un montant de 20 000 € TTC par sinistre.

S'agissant des sommes allouées au titre des frais et dépenses ainsi que des frais irrépétibles, elles seront affectées prioritairement aux frais que vous auriez personnellement exposés. Au-delà de vos propres frais, nous serons subrogés dans vos droits et actions pour la récupération de ces sommes à concurrence des sommes réglées par nos soins.

Ce que nous réglerons à votre avocat	Montant (TTC)
Tribunaux judiciaires, de commerce, administratif et cours d'appel (au fond)	800 €
Assistance à expertise, mesure d'instruction	245 €
Toutes autres juridictions ou procédures	700 €
Transactions amiables dont procédure participative et conciliation ordonnées par le juge	400 €
Cours d'assises, de cassation ou Conseil d'Etat	2000 €
Ces montants incluent la TVA, outre les honoraires, les frais, droits divers, débours ou émoluments (notamment de postulation devant le Tribunal judiciaire). Ne sont pas compris les frais d'actes d'Huissier de Justice ainsi que, le cas échéant, les frais de mandataire devant le Tribunal de Commerce. Ces montants sont applicables par ordonnance, jugement ou arrêt ainsi qu'en cas de pluralité d'avocats, c'est à dire lorsqu'un avocat succède, à votre demande, à un autre avocat pour la défense de vos intérêts, ou si vous faites le choix de plusieurs avocats.	
Ce que nous ne réglerons pas	
- Les amendes et les sommes de toute nature que vous seriez dans l'obligation de régler ou rembourser au(x) tiers. - Les frais et dépens engagés par le(s) tiers et mis à votre charge. - Les honoraires de résultat. - Les droits proportionnels mis à votre charge en qualité de créancier par un huissier de justice. - Les frais et interventions rendus nécessaires ou aggravés de votre seul fait. - Les enquêtes pour identifier ou retrouver le(s) tiers. - Les frais engagés sans notre accord.	

ACTION DE GROUPE

Si votre demande en vue de la réparation de votre préjudice individuel est exercée dans le cadre d'une action de groupe pour laquelle vous avez donné mandat à une association représentative et agréée :

Notre prise en charge intervient après la constitution du groupe de lésés, mais exclusivement pour les montants non couverts par les provisions et condamnations pour frais non compris dans les dépenses, pesant sur le tiers adverse.

Les montants de prise en charge au titre des honoraires et frais de l'avocat mandaté par l'association sont:

- Tribunal Judiciaire : 300 €, pour l'ensemble de ses diligences (phase de jugement sur la responsabilité, phase d'indemnisation, phase de clôture de la procédure)
- Cour d'appel : 300 €,
- montant forfaitaire de 100 €, au titre des autres frais de toutes natures engagés par l'association, à l'exclusion des frais d'adhésion à l'association.

EXAMEN DES RECLAMATIONS, ARBITRAGE EN CAS DE DESACCORD

• Examen des réclamations :

En cas de réclamation portant sur la mise en œuvre de votre garantie ou sur la qualité du service, vous pourrez vous adresser à notre Service Qualité qui veillera à vous répondre dans les meilleurs délais :

- GIE CIVIS Service Qualité,
90 avenue de Flandre 75019 PARIS
qualite@civis.fr

Sur simple demande de votre part et si votre réclamation persiste après la réponse de notre Service Qualité, les modalités d'accès au médiateur vous seront précisées si vous souhaitez recueillir son avis.

• Arbitrage en cas de désaccord :

- Si notre désaccord est relatif aux mesures à prendre pour régler le litige, cette difficulté peut être soumise à l'appréciation d'une tierce personne désignée d'un commun accord par les parties (notaires, avocats, professeur de faculté, ...) ou, à défaut, par le président du tribunal judiciaire statuant selon la procédure accélérée au fond. Nous prendrons en charge les frais exposés pour la mise en œuvre de cette faculté, dans la limite de 800 € TTC. Toutefois, le président du tribunal judiciaire statuant selon la procédure accélérée au fond peut en décider autrement lorsque l'assuré a mis en œuvre cette faculté dans des conditions abusives.

- Si vous avez engagé à vos frais une procédure contentieuse et obtenez une solution plus favorable que celle proposée par nous-même ou la tierce personne arbitre, nous vous indemnisons des frais exposés pour l'exercice de cette action, dans la limite du montant de la garantie.

6.3 – ASSURANCE INDIVIDUELLE

L'objet de cette garantie est de rembourser, en cas d'accident, l'assuré des frais listés ci-après, sous réserve de justificatifs présentés à l'assureur.

Remboursement des frais médicaux

La garantie s'exerce après intervention des régimes de la Sécurité Sociale et de tout autre organisme complémentaire, pour les frais médicaux, chirurgicaux (à l'exclusion des opérations de chirurgie esthétique), pharmaceutiques, dentaires et d'hospitalisation, dans la limite des frais réels et sur production des justificatifs.

Nous garantissons, en outre, le remboursement des frais médicaux visés ci-dessus et non inclus dans la nomenclature du barème conventionnel de la Sécurité Sociale **jusqu'à concurrence de 200€** et sur production des justificatifs des frais, de la prescription médicale et de la notification de refus de prise en charge par la Sécurité Sociale.

Prothèses dentaires

Les frais de prothèse dentaire provisoire ou définitive sont plafonnés à 400 € par dent.

Bris de lunettes

En cas d'atteinte corporelle (coup, chute), remboursement de frais de remplacement des lunettes ou lentilles à concurrence **d'un plafond de 150 €** par assuré adhérent (plafond porté à 400 € si l'assuré est amblyope).

Bris d'appareil d'orthodontie et/ou d'appareil auditif

En cas d'atteinte corporelle remboursement des frais de remplacement :

- d'appareil d'orthodontie à concurrence d'un plafond de **400 € par assuré**
- d'appareil auditif à concurrence d'un plafond de **700 € par assuré**.

Indemnisation pour perte de salaire

Versement au parent ayant dû interrompre son activité professionnelle afin de s'occuper de son enfant victime d'un accident, pour une durée de plus de 15 jours consécutifs et ayant subi une perte de revenu, d'une indemnité journalière de **20 € avec un plafond de 800 € par assuré**.

Frais de chambre particulière et lit d'accompagnement

En cas d'hospitalisation suite à un accident:

- Remboursement des frais de chambre particulière dans la limite des dépenses engagées, avec un plafond de **15 € par jour**.
- Prise en charge des frais de lit d'accompagnement à concurrence de **15 € par nuit avec un maximum de 200 €**.

Frais de transport

En cas d'accident corporel de l'assuré, les frais de transport entre le domicile et l'établissement scolaire de l'assuré sont remboursés sur présentation d'une facture.

Ce remboursement sera soumis à la justification d'un handicap provisoire de

l'assuré pour se rendre à l'établissement scolaire avec un plafond de **10 € par jour et de 700 € par accident**.

La nécessité et la durée de ce transport doivent être médicalement justifiés.

Dans le cas où le transport est effectué par un véhicule personnel, l'indemnisation est faite sur présentation d'une attestation sur l'honneur précisant la distance kilométrique parcourue entre le domicile et l'établissement scolaire, selon le barème reconnu par la Sécurité Sociale, à savoir 0,30 € en date du 1er janvier 2024 du kilomètre et dans la limite du plafond précité de 700 € par accident.

Transport en ambulance

Remboursement des frais de transport en ambulance à concurrence d'un montant de 100 €.

Incapacité permanente partielle

Suite à un accident, en cas de réduction de l'intégrité physique ou intellectuelle de l'assuré ayant acquis un caractère stable et présumé définitif reconnue médicalement, il est versé un capital en fonction du taux d'incapacité. Le barème de référence pour déterminer le taux d'incapacité est celui de la dernière édition du Concours Médical en vigueur lors du sinistre.

Taux d'incapacité	Montant du capital
De 0 à 59 %	80 000 € x taux d'incapacité
De 60 à 79 %	120 000 € x taux d'incapacité
De 80 à 100 %	200 000 € x taux d'incapacité

Si l'accident engage la responsabilité d'un tiers, l'assureur complète l'indemnisation de droit commun de l'invalidité dans la limite du capital garanti.

Rente

En cas d'incapacité partielle égale ou supérieure à 50 % définitivement acquise après expertise médicale, attribution d'une rente calculée à compter du jour de l'accident et versée jusqu'au 21ème anniversaire de l'assuré.

Montant de la rente : 500 € par trimestre avec revalorisation annuelle au 1er janvier de chaque année de 3,5 % et dans la limite du fonds de revalorisation de l'assureur.

Décès

En cas de décès de l'assuré consécutif à un accident garanti, versement d'une indemnité égale à 2500 € par assuré.

Exclusions

En sus des exclusions générales indiquées à l'article 7, nous ne garantissons pas :

- tout préjudice d'agrément ou à caractère esthétique et le pretium doloris,
- toute incapacité temporaire de travail ou d'activité,
- les dommages résultant de l'usage par l'assuré de stupéfiants ou de tranquillisants non médicalement prescrits,
- les traitements et frais non consécutifs à un accident,
- les traitements d'orthodontie et les prothèses sur dent de lait,
- les maladies professionnelles,
- les dommages subis par le matériel et les vêtements de l'assuré.

Limitation de garantie

En cas d'accident affectant simultanément plusieurs assurés, le total des indemnités versées par l'Assureur **ne pourra excéder 800 000 €**.

6.4 – ASSURANCE DES DOMMAGES MATÉRIELS

Bicyclettes - fauteuils roulants

Remboursement des dommages causés aux biens de l'assuré en cas de collision avec un tiers identifié, à concurrence de la valeur vénale et un **maximum de 800 € (taux de vétusté : 10 % par an après 3 ans)**.

Instruments de musique

Remboursement des frais de réparation en cas de dommages accidentels subis par l'instrument de musique ou son étui appartenant à l'assuré, à concurrence de la valeur vénale et un **maximum de 800 € (taux de vétusté : 10 % par an après 3 ans)**.

Vols des effets personnels

En cas de vol des effets personnels portés par l'assuré et lui appartenant, à l'occasion des activités définies, remboursement des frais de remplacement **plafonnés à 100 €**, sans franchise, dans la limite d'un sinistre par année scolaire et sur présentation d'un dépôt de plainte.

6.5 LES SPÉCIFICITÉS DE LA FORMULE 2 “ACTIVITÉS SCOLAIRES ET TRAJETS + ACTIVITÉS EXTRA-SCOLAIRES (VIE PRIVÉE)”.

Les garanties d'Assurance extra-scolaires sont accordées en cas d'accident subi par l'assuré en cas d'activités extra-scolaires telles que définies au lexique.

Ces garanties sont optionnelles, et doivent avoir été choisies par l'assuré et retenues par l'assureur pour être applicables.

Cette option permet de rendre applicables les garanties d'assurance scolaires en cas d'activité extra-scolaire, à l'exception des éléments listés ci-après.

A retenir pour la Formule 2 :

Le remboursement des frais médicaux en cas de soins donnés à l'étranger prévoit un **plafond de garantie fixé à 4 000 € par enfant et par année**.

L'incapacité Permanente Partielle est modifiée comme suit :

En cas de diminution des capacités physiques et psychiques médicalement reconnue résultant d'un accident garanti, nous versons à l'assuré un capital calculé en fonction du taux d'incapacité.

Le capital garanti est calculé :

Taux d'incapacité	Montant du capital
De 0 à 9 %	40 000 € x taux d'incapacité
De 10 à 49 %	80 000 € x taux d'incapacité
De 50 à 100 %	120 000 € x taux d'incapacité

Le taux d'incapacité permanente partielle est fixé après expertise médicale réalisée par le médecin-conseil de l'assureur en référence au barème du Concours médical.

L'expertise médicale est réalisée dans la période de 6 mois à un an qui suit la date de consolidation.

Remarque importante

Si l'accident engage la responsabilité d'un tiers, le capital versé au titre de la présente garantie doit être considéré comme une avance sur recours et sera déduit, à due concurrence, de l'indemnité versée par le tiers responsable à l'assuré.

Etendue Territoriale des garanties de la formule 2 :

Elles s'exercent dans le monde entier, sous réserve que les séjours à l'étranger **n'excèdent pas 30 jours consécutifs**. Si tel est le cas, les garanties sont suspendues.

Exclusions de garanties.

Les exclusions de garanties sont identiques à celles citées au titre de l'Assurance scolaire (exclusions générales + exclusions spécifiques).

En sus de celles-ci, sont également exclus de la formule 2, les accidents :

Outre les exclusions de garantie mentionnées au titre de l'Assurance scolaire, il est précisé que sont exclus les accidents :

- résultant de la pratique des sports aériens,
- résultant de l'utilisation d'un mode de locomotion aérienne autre que tout aéronef desservant des lignes exploitées par des Compagnies de navigation aériennes agréées,
- résultant de la pratique de la varappe, du bobsleigh, du saut à ski,
- résultant de sport comportant l'utilisation de véhicules quelconques à moteur,
- résultant de la pratique de la chasse, de la spéléologie, de la plongée sous-marine (comportant l'utilisation de bouteilles de plongée), ou d'exercices acrobatiques,
- survenant lorsque l'assuré se trouve sous la dépendance de l'autorité militaire,
- résultant de la participation de l'assuré à une rixe,

Sont également exclues de la garantie les gelures, les insolation, les hernies ainsi que les malformations congénitales et leurs conséquences.

7.0 EXCLUSIONS GÉNÉRALES



Pour l'ensemble des garanties accordées, nous ne garantissons en aucun cas les dommages :

- **intentionnellement causés ou provoqués par l'assuré ou avec sa complicité,**
- **résultant d'une guerre civile ou étrangère, d'émeutes populaires, tremblement de terre, éruption volcanique, inondation ou autres cataclysmes,**
- **résultant d'explosions ou irradiations atomiques,**
- **résultant de la pratique d'un sport à titre professionnel ou d'une activité rémunérée,**
- **survenant lors d'un séjour à l'étranger excédant 30 jours consécutifs**

TABLEAU DE GARANTIE

Responsabilité civile	
Dommages corporels	5 000 000 €
Dommages matériels et immatériels consécutifs	800 000 €
Dommages causés au matériel confié à l'élève durant un stage	16 000 €
Assurance individuelle	
Remboursement frais médicaux hors nomenclature Sécurité Sociale	200 €
Prothèses dentaires	400 €
Bris de lunettes	150 / 400 € pour amblyope
Bris d'appareil orthodontie	400 €
Bris d'appareil auditif	700 €
Indemnisation perte de salaire	800 €
Frais de transport	700 €
Transport en ambulance	100 €
Incapacité permanente partielle	Versement d'un capital en fonction du taux d'incapacité. Le barème de référence pour déterminer le taux d'incapacité est celui du Concours Médical
Rente - incapacité > = 50% jusqu'au 21 ans	500 € par trimestre avec revalorisation annuelle de 3,5%
Décès	2 500 €
Assurance des dommages matériels	
Bicyclette - fauteuils roulants	800 € (avec taux de vétusté 10% après 3 ans)
Vols des effets personnels	100 €
Incapacité permanente partielle	Versement d'un capital en fonction du taux d'incapacité. Le barème de référence pour déterminer le taux d'incapacité est celui du Concours Médical
DPRSA	20 000 €

ASSISTANCE SCOLAIRE ET EXTRA-SCOLAIRE

DÉFINITIONS

Maladie : Toute altération soudaine de la santé imprévisible et non chronique constatée par une autorité médicale compétente.

Accident corporel : Tout dommage corporel non intentionnel du bénéficiaire, provenant de l'action brusque, soudaine, violente de caractère fortuit et imprévisible d'une cause extérieure.

Représentant légal : La personne ayant toute autorité pour engager l'enfant bénéficiaire (mineur ou non émancipé), à l'égard de tiers.

1.0 BÉNÉFICIAIRES

Sont couverts par la présente convention les enfants scolarisés (âgés de 2 à 20 ans révolus) des adhérents de la Mutuelle Complémentaire pour lesquels ils cotisent ou sont exonérés. Il est entendu que les enfants doivent être fiscalement à charge et vivre sous le même toit en France Métropolitaine (y compris Corse), Monaco, ainsi qu'en Guyane Française, Guadeloupe, Réunion, Martinique, Nouvelle-Calédonie, Polynésie Française et Wallis-et-Futuna. Prestation École à domicile prévue à l'article 9 : Est couvert tout enfant inscrit dans un Établissement Scolaire Français (école primaire, collège...) pour suivre une classe du cours préparatoire à la terminale des lycées d'enseignement général, en FRANCE Métropolitaine et MONACO.

2.0. DURÉE DES GARANTIES

La garantie d'assistance est valable à compter de la date d'effet du contrat, et pour une durée d'un an et en tout état de cause, pendant la validité de l'accord liant Mutuelle Complémentaire et FRAGONARD ASSURANCES pour la délivrance de ces prestations.

2.1. PRESTATION ÉCOLE À DOMICILE PRÉVUE À L'ARTICLE 9

Elle s'exerce pendant la période scolaire. La garantie d'assistance est valable à compter du 16ème jour calendaire d'absence scolaire consécutive de l'enfant. Elle est accordée pendant la durée effective de l'année scolaire en cours, définie par le Ministère de l'Éducation Nationale.

3.0. COUVERTURE GÉOGRAPHIQUE

Dans le MONDE ENTIER, à l'exception de la Corée du Nord, pour tout déplacement scolaire de moins de 90 jours consécutifs autorisés et contrôlés par l'établissement scolaire, telles que les activités scolaires, éducatives, sportives ou récréatives. La présente convention est valable sans franchise kilométrique.

3.1. PRESTATION ÉCOLE À DOMICILE PRÉVUE À L'ARTICLE 9

FRANCE MÉTROPOLITAINE (y compris CORSE) et MONACO depuis une classe du cours préparatoire jusqu'à la terminale des lycées d'enseignement général.

4.0. FAITS GÉNÉRATEURS

4.1. PRESTATIONS DÉFINIES DANS LA PRÉSENTE CONVENTION AUX ARTICLES 7, 8 ET 10

Elles sont acquises en cas d'accident corporel ou de maladie tels que définis ci-dessus survenant au bénéficiaire durant les activités scolaires, éducatives, sportives, sociales ou récréatives autorisées et contrôlées par l'établissement scolaire.

4.2. PRESTATION ÉCOLE À DOMICILE PRÉVUE À L'ARTICLE 9

La prestation est acquise uniquement en cas d'accident corporel.

5.0. MODALITÉS DE CONTACT

5.1. CONTACTER L'ASSISTEUR DU 1ER JANVIER AU 31 DÉCEMBRE SANS INTERRUPTION, 24 HEURES SUR 24

Les prestations téléphoniques sont accessibles du lundi au vendredi de 9h00 à 18h00 et le samedi de 9h00 à 17h30.

- Par téléphone :
 - depuis Paris, Région Parisienne et Province : 01.49.93.72.51
 - depuis l'étranger : +33.1.49.93.72.51
- Par télécopie au : 01.40.25.54.81

SANS OUBLIER :

- de rappeler votre numéro de contrat groupe,
- de préciser votre nom, prénom et adresse,
- d'indiquer le pays, la ville ou la localité dans lesquels vous vous trouvez,
- de préciser l'adresse exacte (n°, rue, hôtel éventuellement, etc.) et surtout le n° de téléphone où nous pouvons vous joindre.

Lors de votre 1er appel : Un numéro d'assistance vous sera communiqué et sera à rappeler dans le cadre de votre dossier en cours, lors de toutes vos relations ultérieures avec L'ASSISTEUR.

LES FRAIS QUE VOUS SEREZ AMENÉS A ENGAGER POUR APPELER MONDIAL ASSISTANCE SONT REMBOURSES SUR ENVOI DES PIÈCES JUSTIFICATIVES ORIGINALES, DANS LES 30 JOURS DE LA DÉPENSE ENGAGÉE

BILLETTERIE

Si un billet de transport a été délivré, L'ASSISTEUR dégage toute responsabilité concernant des événements indépendants de sa volonté, notamment en cas de surréservation, de retard, d'annulation ou de changement de la destination figurant sur le billet.

6.0. EXÉCUTION DES PRESTATIONS



Les prestations garanties par la présente convention ne peuvent être déclenchées qu'avec l'accord préalable de L'ASSISTEUR.

En conséquence, aucune dépense effectuée d'autorité par le bénéficiaire ou son représentant légal, n'est remboursée par L'ASSISTEUR, à l'exception de frais de :

- consultation médicale engagée à l'étranger,
- achat de médicaments prescrits à l'étranger, à concurrence du plafond indiqué pour cette prestation. Pour en obtenir le remboursement, le bénéficiaire ou son représentant légal doit obligatoirement adresser les pièces justificatives originales à L'ASSISTEUR dans les 30 jours suivant la dépense. De plus, il convient de préciser que L'ASSISTEUR ne peut pas intervenir dans le choix des moyens et des destinations décidées par les organismes primaires d'urgence et par conséquent ne prend pas en charge les frais correspondants.

7.0 HARCÈLEMENT SCOLAIRE



Atteinte à l'e-réputation : toute action de dénigrement ou de diffamation publiée sur Internet, quel qu'en soit l'auteur.

L'atteinte est constituée à la date de publication sur internet, de propos litigieux.

Les avis ou commentaires non diffamatoires, non susceptibles d'être pénalement sanctionnés, ne sont pas considérés comme des Atteintes à l'e-réputation.

Cyber-harcèlement : le fait de harceler une personne par des propos ou comportements répétés ayant pour objet ou pour effet une dégradation de ses conditions de vie se traduisant par une altération de sa santé physique ou mentale en utilisant un service de communication au public en ligne ou un support numérique ou électronique.

PRESTATIONS ET PLAFONDS

Vous êtes garanti par vos conditions générales dans la limite de certains plafonds. Les prestations fournies et leurs plafonds sont présentés dans les tableaux suivants :

TABLEAUX DES PLAFONDS ET CONDITIONS

Prestation technique de nettoyage du web et de gestion de l'e-réputation
Coût de l'opération réalisée ou mandatée par Nous
Limité à 1 prestation par Période d'assurance

AIDE PSYCHOLOGIQUE

Prestation

Prise en charge

Conditions & limites

Consultation psychologique

5 consultations maximum :

Consultations téléphoniques

et/ou

- Consultations en cabinet

Si consultation en cabinet, remboursement de 50 € maximum par consultation en cas de Détresse.

8.0. PRESTATIONS MÉDICALES



8.1. CONSEIL MÉDICAL

Le conseil médical est la consultation ou l'avis que l'un des médecins de l'équipe médicale de L'ASSISTEUR donne au bénéficiaire lorsqu'il est malade ou blessé, au cours d'un déplacement. Les médecins de L'ASSISTEUR sont mobilisés à l'instant même où l'information leur parvient. L'un des médecins de L'ASSISTEUR se met alors en rapport avec le médecin qui a administré au bénéficiaire les premiers soins et, s'il y a lieu, avec son médecin traitant afin de déterminer avec précision sa situation. Le médecin de L'ASSISTEUR propose les solutions qui lui paraissent les mieux adaptées à l'état du bénéficiaire. La proposition ainsi faite constitue le conseil médical qui, dès que le représentant légal de l'enfant l'a approuvé, déclenche l'exécution des prestations et prescriptions médicales, telles qu'elles sont proposées par le médecin de L'ASSISTEUR.

8.2. TRANSFERT OU RAPATRIEMENT SANITAIRE

En application du conseil médical ci-dessus défini, le médecin de L'ASSISTEUR propose :

- soit la poursuite du traitement sur le lieu d'assistance ou de l'établissement de premiers soins, un rapatriement pouvant être effectué ultérieurement vers le domicile ou un établissement hospitalier proche du domicile,
- soit le transfert de l'établissement de premiers soins vers un centre hospitalier local mieux adapté à l'état du bénéficiaire, le rapatriement vers un établissement proche du domicile ou directement au domicile étant organisé ultérieurement,
- soit le rapatriement du lieu d'assistance ou de l'établissement hospitalier de premiers soins vers un établissement proche du domicile ou directement au domicile.

Selon l'état du bénéficiaire, les transferts et les rapatriements s'effectuent avec ou sans accompagnateur (l'accompagnateur pouvant être médical, paramédical ou autre), par l'un des moyens paraissant le mieux adapté. L'ASSISTEUR se charge :

- de l'organisation du transfert ou du rapatriement, Les frais correspondants sont intégralement pris en charge par L'ASSISTEUR, étant entendu que le bénéficiaire ou son représentant légal effectuera lui-même les démarches lui permettant de se faire rembourser son titre de transport et que la somme ainsi récupérée sera versée à L'ASSISTEUR, dans les meilleurs délais. Toutefois aucun transport ne peut être pris en charge par L'ASSISTEUR, s'il n'a été préalablement décidé par le médecin de L'ASSISTEUR. Ainsi, L'ASSISTEUR ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence, ni prendre en charge les frais ainsi engagés.

Aucun transfert ne peut être effectué sans l'accord préalable du bénéficiaire ou de son représentant légal, exception faite d'états comateux nécessitant un transfert d'urgence.

Conditions applicables aux interventions liées à un événement d'ordre médical :

A) Dans tous les cas, la décision d'assistance appartient exclusivement au médecin de L'ASSISTEUR, après contact avec le médecin traitant sur place et, éventuellement, la famille du bénéficiaire. Seuls l'intérêt médical du bénéficiaire et le respect des règlements sanitaires en vigueur sont pris en considération pour arrêter la décision de transport, le choix du moyen utilisé pour ce transport et l'éventuel lieu d'hospitalisation

IMPORTANT :

Tout refus du bénéficiaire, de son représentant légal ou du médecin traitant soit des prestations, soit des prescriptions proposées par L'ASSISTEUR, entraîne automatiquement la NULLITÉ de la prestation.

B) Ne donnent pas lieu à intervention ou prise en charge :

- l'interruption volontaire de grossesse, l'accouchement, les fécondations in vitro et leurs conséquences ainsi que les grossesses ayant donné lieu à une hospitalisation dans les 6 mois précédant la demande d'assistance
- les convalescences et les affections en cours de traitement et non encore consolidées,

- les maladies préexistantes diagnostiquées et/ou traitées, ayant fait l'objet d'une hospitalisation dans les 6 mois précédant la demande d'assistance,
 - les voyages entrepris dans un but de diagnostic et/ou de traitement.
- Accompagnement lors du rapatriement ou transport sanitaire : Si le bénéficiaire est transporté dans les conditions ci-dessus, et à condition que son état le justifie, l'ASSISTEUR organise et prend en charge après avis de son médecin, le voyage d'une personne se trouvant sur place pour l'accompagner ainsi que son retour sur le lieu du séjour.

8.3. ÉVACUATION SUR PISTE DE SKI

L'ASSISTEUR prend en charge les frais d'évacuation sur les pistes de ski balisées à concurrence de 92 € TTC (les frais de recherche sont exclus). Il est néanmoins rappelé que l'ASSISTEUR ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence.

8.4. HOSPITALISATION DU BÉNÉFICIAIRE

Si l'enfant n'est pas accompagné, que son état ne justifie pas ou empêche un rapatriement ou un retour immédiat, et que son hospitalisation sur place doit dépasser 5 jours, l'ASSISTEUR met à la disposition d'un membre de la famille ou d'une personne désignée par celle-ci, un billet aller/retour de train 1ère classe ou d'avion classe économique lorsque seul ce moyen peut être utilisé, afin de se rendre auprès de lui ; ceci uniquement au départ de la France métropolitaine (sauf si l'enfant est hospitalisé en Guyane Française, Guadeloupe, Réunion, Martinique, Nouvelle-Calédonie, Polynésie Française et Wallis-et-Futuna, le départ s'effectuant alors de manière locale).

Dans le cas où un membre de la famille ou une personne désignée par celle-ci se trouve déjà sur place, l'ASSISTEUR organise son séjour à l'hôtel, pour lui permettre de rester au chevet du bénéficiaire.

L'ASSISTEUR participe aux frais à concurrence d'un maximum de 39 € TTC par nuit, avec un maximum de 5 nuits (frais de restauration exclus). L'ASSISTEUR prend également en charge le retour de cette personne, si elle ne peut utiliser les moyens initialement prévus, étant entendu qu'elle effectuera elle-même les démarches lui permettant de se faire rembourser son titre de transport et que la somme ainsi récupérée sera versée à l'ASSISTEUR dans les meilleurs délais.

8.5. PROLONGATION HÔTEL POUR RAISONS MÉDICALES À L'ÉTRANGER

(hors France Métropolitaine, Guyane Française, Guadeloupe, Réunion, Martinique, Nouvelle-Calédonie, Polynésie Française et Wallis-et-Futuna)

À l'étranger, si l'état de l'enfant ne justifie pas une hospitalisation ou un transport sanitaire et qu'il ne puisse entreprendre son retour à la date initialement prévue, l'ASSISTEUR prend en charge les frais de prolongation de séjour à l'hôtel, sur avis du médecin de l'ASSISTEUR, ainsi que ceux d'une personne demeurant au chevet du bénéficiaire à concurrence d'un maximum de 39 € TTC par nuit avec un maximum de 7 jours (frais de restauration exclus).

8.6. FRAIS MÉDICAUX À L'ÉTRANGER

(hors France Métropolitaine, Guyane Française, Guadeloupe, Réunion, Martinique, Nouvelle-Calédonie, Polynésie Française et Wallis-et-Futuna)

Dans le cadre de déplacements de moins de 90 jours consécutifs à l'étranger, l'ASSISTEUR prend en charge la partie des frais médicaux qui excède les sommes remboursées par la Sécurité Sociale et/ou tout autre organisme de prévoyance ou mutuelle, déduction faite d'une franchise de 30 € TTC par dossier.

Ce remboursement complémentaire couvre les frais définis ci-dessous à condition qu'ils concernent des soins reçus en territoire étranger à la suite d'une maladie ou d'un accident survenu sur ce territoire.

Le montant maximum de remboursement complémentaire de frais médicaux est de 3815 € TTC par bénéficiaire, dès l'instant où ils sont engagés à l'étranger sur ordonnance médicale :

- honoraires médicaux,
- coûts des médicaments prescrits,
- coûts des soins dentaires à concurrence de 77 € TTC,
- frais d'hospitalisation,
- frais chirurgicaux.

Pour donner lieu à une prise en charge, toute hospitalisation et intervention chirurgicale doit être déclarée à l'ASSISTEUR dans les 48 heures.

A) Cette prise en charge peut faire l'objet d'une avance de ces 3 815 € TTC. Le bénéficiaire ou les ayants droit s'engage alors à effectuer toutes les démarches nécessaires pour obtenir le remboursement de ces frais auprès des organismes auxquels vous êtes affiliés et à reverser immédiatement à l'ASSISTEUR toute somme perçue par vous à ce titre.

B) Le remboursement des sommes engagées par vous s'effectue sur présentation des pièces justificatives soumises préalablement à la Sécurité Sociale, à toute caisse d'assurance-maladie et à tout organisme de prévoyance, déduction faite des prestations réglées directement par ces caisses et des avances consenties par l'ASSISTEUR à la demande du bénéficiaire ou ayants droit et non encore remboursées. Dans tous les cas, il sera retenu une franchise de 30 € TTC par dossier, si aucun remboursement n'a été octroyé par une caisse de prévoyance ou d'assurance-maladie.

Nota : La prise en charge des frais d'hospitalisation à l'étranger cesse à dater du jour où l'ASSISTEUR est en mesure d'effectuer le rapatriement en France Métropolitaine.

C) Exclusions au remboursement des frais médicaux Ne donnent pas lieu à une prise en charge :

- les frais médicaux inférieurs à 30€ TTC,
- les frais de soins dentaires supérieurs à 77 € TTC,
- les frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation concernant les convalescences et les affections en cours de traitement et non encore consolidées, les maladies préexistantes diagnostiquées et/ou traitées, ayant fait l'objet d'une hospitalisation dans les six mois précédant la demande d'assistance,
- les frais de prothèses internes, optiques, dentaires, acoustiques, fonctionnelles, esthétiques ou autres,
- les frais engagés en France Métropolitaine (y compris Corse), Monaco, ainsi qu'en Guyane Française, en Guadeloupe, à la Réunion, en Martinique, à Mayotte, à Saint-Pierre-et-Miquelon, à Saint-Barthélemy, en Nouvelle-Calédonie ou en Polynésie Française qu'ils soient ou non consécutifs à un accident ou une maladie survenus à l'étranger ou dans le pays de résidence,
- les frais consécutifs aux traitements ordonnés en France Métropolitaine (y compris Corse), Monaco, ainsi qu'en Guyane Française, en Guadeloupe, à la Réunion, en Martinique, à Mayotte, à Saint-Pierre-et-Miquelon, à Saint-Barthélemy, en Nouvelle-Calédonie ou en Polynésie Française avant le départ ou après le retour,
- les séjours effectués à l'étranger suite à un voyage entrepris dans un but de diagnostic et/ou de traitement,
- les frais de transport primaire d'urgence, de recherche en montagne et de secours en mer.

9.0. PRESTATIONS DÉCÈS



9.1. RAPATRIEMENT DE CORPS OU DE L'URNE CINÉRAIRE

L'ASSISTEUR organise le rapatriement du corps ou de l'urne cinéraire jusqu'à l'établissement de l'opérateur funéraire du lieu d'inhumation ou de crémation en France Métropolitaine (y compris Corse), Monaco, ainsi qu'en Guyane Française, Guadeloupe, Réunion, Martinique, Nouvelle-Calédonie, Polynésie Française et Wallis-et-Futuna si le bénéficiaire y réside et que le décès y survient.

Les frais de transport, d'embaumement et d'administration sont pris en charge. Les frais de cercueil ou les frais de la housse funéraire sont également pris en charge à concurrence de 763 € TTC.

Exclusions au rapatriement de corps :

- Tous les frais non indispensables au transport du corps, tels que les ornements ou accessoires,
- le déplacement vers un établissement de soins. Retour différé du corps : A la suite d'une inhumation provisoire sur place, l'ASSISTEUR prend en charge les frais de rapatriement. Dans tous les cas, les frais d'exhumation sont exclus.

9.2. DÉCÈS DANS LA FAMILLE DU BÉNÉFICIAIRE :

Si l'enfant doit interrompre son séjour, en France Métropolitaine (y compris Corse) et Monaco ou à l'étranger, afin d'assister aux obsèques de l'un de ses parents, ascendant ou descendant direct, frère ou sœur, L'ASSISTEUR met à sa disposition 6 et prend en charge un billet aller/retour de train 1ère classe ou d'avion classe économique, lorsque seul ce moyen peut être utilisé.

10.0. ÉCOLE À DOMICILE EN FRANCE MÉTROPOLITAINE ET MONACO

La prestation "école à domicile" est acquise uniquement en cas d'accident corporel immobilisant l'enfant à son domicile ou à l'hôpital plus de 15 jours consécutifs et l'empêchant de poursuivre sa scolarité. L'ASSISTEUR intervient à compter du 16^{ème} jour. Par domicile, on entend le lieu habituel d'habitation de l'enfant.

Selon les conditions définies ci-dessus, L'ASSISTEUR recherche et envoie au domicile de l'enfant ou à l'hôpital un répétiteur scolaire afin de lui permettre de poursuivre sa scolarité dans les matières principales. Cette prestation s'applique du cours préparatoire à la terminale des lycées d'enseignement général.

L'ASSISTEUR prend en charge les coûts occasionnés à raison de 10 heures par semaine, tous cours confondus, fractionnables dans la limite de 5 déplacements du répétiteur scolaire par semaine et 2 heures de cours au minimum dans la journée par matière ou par répétiteur. Si des cours sont demandés par le bénéficiaire au-delà de 10 heures par semaine, ils seront financièrement à sa charge. La prestation est acquise autant de fois qu'il est nécessaire durant l'année scolaire, hors vacances scolaires et jours fériés, pour une durée maximum de 6 semaines. Toutefois, au cours d'une même année scolaire, toute nouvelle immobilisation ayant pour origine le même fait générateur (accident), ne permet pas la mise en œuvre répétée de la prestation. Elle cesse dès que l'enfant a repris normalement ses cours et en tout état de cause le dernier jour de l'année scolaire.

Lorsque l'enfant est hospitalisé, les cours sont effectués, dans la mesure du possible, dans les mêmes conditions sous réserve que l'établissement hospitalier, les médecins et le personnel soignant, donnent leur accord explicite à la réalisation de cette prestation.

Si l'immobilisation de l'enfant devait se prolonger au-delà des délais précisés ci-dessus, L'ASSISTEUR informerait et orienterait le bénéficiaire vers toute structure compétente (CNED...) pouvant aider l'enfant à poursuivre sa scolarité.

Conditions médicales nécessaires à la mise en œuvre de la garantie :

Le bénéficiaire doit justifier sa demande en adressant à l'équipe médicale de L'ASSISTEUR un certificat médical indiquant la nature de la maladie ou de l'accident.

Ce certificat doit préciser si l'enfant ne peut, compte tenu de cette maladie ou de cet accident, se rendre dans son établissement scolaire et la durée de son immobilisation. En cas de prolongation de l'immobilisation, un nouveau certificat devra être envoyé à L'ASSISTEUR.

Délai de mise en place :

Un délai maximum de 48 heures peut intervenir à compter de l'appel pour rechercher et acheminer le répétiteur.

Le service "ÉCOLE À DOMICILE" ne s'applique pas :

- aux maladies ou accidents et leurs conséquences, antérieurs à la date d'effet du contrat ;
- lorsque l'enfant est atteint d'une maladie préexistante diagnostiquée et/ou traitée, ayant fait l'objet d'une hospitalisation dans les 6 mois précédant la demande d'assistance.

11.0. PRESTATIONS AUTRES

Transmission messages urgents

L'ASSISTEUR se charge de transmettre gratuitement, par les moyens les plus rapides, les messages urgents :

- qui sont destinés au bénéficiaire lorsqu'il ne peut être joint directement pendant un séjour ou un déplacement, par exemple, en cas d'hospitalisation,
- ou que le bénéficiaire doit adresser à toute personne demeurant en France métropolitaine (y compris Corse), Monaco ainsi qu'en Guyane Française, Guadeloupe, Réunion, Martinique, Nouvelle-Calédonie, Polynésie Française et Wallis-et-Futuna. D'une manière générale, la retransmission des messages urgents est subordonnée à :
 - une demande justifiée,
 - une expression claire et explicite des messages à retransmettre,
 - une indication précise des nom, prénom et adresse complète et, éventuellement du numéro de téléphone de la personne à contacter. L'envoi de ces messages à L'ASSISTEUR reste aux frais du demandeur.

12.0 LIMITES D'INTERVENTION

Par ailleurs, L'ASSISTEUR ne peut être tenu pour responsable des retards ou empêchements dans l'exécution des services convenus à la suite d'un cas de force majeure ou d'événements tels que grèves, émeutes, instabilité politique notoire, représailles, embargos, sanctions économiques (Récapitulatif des mesures restrictives par pays disponible sur le site du Ministère de l'Economie et des Finances : <https://www.tresor.economie.gouv.fr/sanctions-financieres-internationales>), mouvements populaires, restrictions de la libre circulation des biens et des personnes, sabotage, terrorisme, guerre civile ou étrangère, conséquences des effets d'une source de radioactivité, catastrophes naturelles ou de tout autre cas fortuit.

Une information pour chaque pays est également disponible dans la rubrique « Conseils aux voyageurs » du site internet du Ministère des Affaires Étrangères et du Développement International : <http://www.diplomatie.gouv.fr/conseils-aux-voyageurs/conseils-par-pays/>

13.0 EXCLUSIONS

Outre les exclusions précisées dans le texte du présent contrat, L'ASSISTEUR ne peut être tenu responsable de la non-exécution ou des retards d'exécution provoqués par tous les cas de force majeure rendant impossible l'exécution du contrat, les interdictions décidées par les autorités locales ou les grèves. L'ASSISTEUR ne sera pas tenu d'intervenir dans le cas où le bénéficiaire aurait commis de façon volontaire des infractions à la législation française ou étrangère en vigueur.

Sont également exclus :

- les tentatives de suicide,
- les états résultants de l'usage de drogues, de stupéfiants non ordonnés médicalement et d'alcools,
- les accidents liés à la pratique d'un sport dans le cadre d'une compétition officielle organisée par une Fédération Sportive et pour laquelle une licence est délivrée,
- les interventions sur les routes, voies ou pistes non carrossables,
- les frais de recherche et de secours en mer ou en montagne,
- les séjours en maison de repos et cures thermales. Ainsi que les conséquences des risques graves et sériels :
- des situations à risques infectieux en contexte épidémique,

- de l'exposition à des agents biologiques infectants,
- de l'exposition à des agents chimiques type gaz de combat,
- de l'exposition à des agents incapacitants,
- de l'exposition à des agents neurotoxiques ou à effets neurotoxiques rémanents, qui font l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillances spécifiques de la part des autorités sanitaires internationales et/ou locales du pays où le bénéficiaire séjourne ou du pays dans lequel il réside habituellement.

14.0 MODALITÉS DE TRAITEMENT DES RÉCLAMATIONS DES BÉNÉFICIAIRES



S'il n'a pas pu être donné immédiatement entière satisfaction à une réclamation formulée par un Bénéficiaire, par oral ou via une messagerie instantanée, celle-ci doit être adressée par écrit à l'Assureur selon les modalités suivantes :

• Par mail : reclamation@votreassistance.fr

• Par courrier à l'adresse suivante : **AWP France SAS - Traitement des réclamations - TSA 70002 - 93488 Saint-Ouen Cedex**

L'Assureur accusera réception de la réclamation écrite dans les dix (10) jours ouvrables à compter de son envoi et il apportera une réponse écrite dans un délai maximal de deux (2) mois.

Le Bénéficiaire peut en tout état de cause saisir le Médiateur indépendant de l'assurance à l'issue d'un délai de deux (2) mois à compter de l'envoi de sa première réclamation écrite auprès des services de l'Assureur :

• Par voie électronique : www.mediation-assurance.org

• Par courrier à l'adresse suivante : **Monsieur le Médiateur de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09**

La demande du Bénéficiaire auprès du Médiateur de l'assurance doit, le cas échéant, être formulée au plus tard dans le délai d'un (1) an à compter de sa première réclamation écrite auprès des services de l'Assureur.

Toutefois, cette démarche ne prive pas le Bénéficiaire de la possibilité d'intenter toute action en justice.

En cas de souscription de son contrat d'assurance en ligne, le Bénéficiaire a la possibilité, en qualité de consommateur, de recourir à la plateforme de Règlement en Ligne des Litiges (RLL) de la Commission Européenne en utilisant le lien suivant : <http://ec.europa.eu/consumers/odr>

15.0 PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL



Définitions

Tous les termes relatifs à la protection des Données à caractère personnel, utilisés dans le présent article et identifiés par des majuscules, employés au singulier ou au pluriel, doivent être interprétés conformément d'une part, au Règlement Général sur la Protection des Données n° 2016/679 du 27 avril 2016 (ci-après le « **Règlement européen** ») et, d'autre part, aux dispositions de la loi « Informatique et Libertés » n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée.

Le terme « **Donnée** », employé au singulier ou au pluriel, fait référence aux Données à caractère personnel dont le traitement est réalisé par les responsables de traitement dans les termes et conditions définis au présent article.

Qualification des Parties

Les Parties sont chacune responsable des traitements qu'elles mettent en œuvre de manière autonome dans le cadre de leurs activités propres et de

l'exécution du présent Contrat d'assurance, et s'engagent à se conformer aux obligations qui leur incombent au titre de la réglementation et à les faire respecter par leurs préposés, employés et collaborateurs.

Obligations des Parties

Les Parties reconnaissent avoir pleine et entière connaissance des obligations résultant du Règlement européen et toute autre réglementation qui leur seraient applicables en la matière, en leur qualité respective de responsable de traitement pour les opérations qu'elles effectuent, chacune au titre de ses activités propres et pour ses propres finalités.

Ainsi, chacune des Parties prendra, pour ce qui la concerne, toutes les mesures propres à assurer la conformité à cette réglementation et notamment à préserver la confidentialité et la sécurité des Données à caractère personnel.

Chacune des Parties est responsable des transferts de Données qu'elle pourrait réaliser en dehors de l'Espace Economique Européen (EEE) dans le cadre de l'exécution du présent Contrat d'assurance et s'engage à mettre en place, en l'absence de décision d'adéquation, des garanties appropriées pour encadrer ces transferts et s'assurer que les personnes concernées disposent de droits opposables et de voies de droit effectives, nonobstant les dérogations prévues par le Règlement européen.

Ces dispositions sont valables tant pour la durée du Contrat d'assurance qu'après sa cessation sous réserve des dispositions relatives à la prescription.

Le transfert de Données à caractère personnel entre les Parties fait l'objet d'un accord (**Annexe III du Contrat d'assurance**) qui en prévoit les modalités.

Données personnelles et signataires du Contrat d'assurance

Les signataires de ce Contrat d'assurance ainsi que les collaborateurs du Souscripteur (**les « Personnes Concernées »**), ont connaissance que leurs noms, prénoms, signature et coordonnées professionnelles, (numéro de téléphone et adresse e-mail) ci-après les « Données Personnelles », seront traitées par Fragonard Assurances.

Ces Données Personnelles sont nécessaires pour conclure le présent Contrat. Si les Personnes Concernées n'acceptent pas le traitement de ces Données Personnelles, ce Contrat d'assurance ne pourra pas être signé par ces signataires.

En vertu des dispositions du REGLEMENT (UE) 2016/679 DU PARLEMENT EUROPEEN ET DU CONSEIL du 27 avril 2016 (ci-après RGPD), articles 5 (1) a, et 13, Fragonard Assurances fournit les informations suivantes relatives au traitement des Données Personnelles susmentionnées :

- **Responsable du traitement** est Fragonard Assurances, située au 7 rue Dora Maar, 93400 Saint-Ouen, France.

- **Coordonnées de la Fonction Protection des données (le « FPD »)** du Responsable du traitement. Les Personnes Concernées peuvent contacter la FPD à l'adresse mail suivante : Informations-personnelles@votreassistance.fr

- **Objet du traitement des Données Personnelles, bases légales et périodes de conservation.** La liste ci-jointe des Données Personnelles sera traitée aux fins suivantes, en se basant sur les bases légales et pendant les périodes de conservations indiquées :

Objet	Bases légales	Périodes de conservation
Conclusion, exécution et accomplissement des droits et obligations de ce Contrat d'assurance.	Le traitement des Données Personnelles est nécessaire pour l'exécution d'un contrat dans lequel une Partie Concernée est une partie contractante ou afin de prendre des mesures à la demande de la Personne Concernée avant de conclure un Contrat (article 6 (1) b) du RGPD).	A partir de la négociation de l'accord, pendant son existence jusqu'à la fin du Contrat d'assurance.
Gestion des éventuelles plaintes et litiges.	Le traitement des Données Personnelles est nécessaire aux fins de l'intérêt légitime poursuivi par Fragonard Assurances, ou par une partie tierce, comme une autre entité légale du Groupe Allianz Partners, succursale ou filiale, couvertes par ce Contrat d'assurance (RGPD article 6 (1) f), en particulier, l'intérêt légitime des droits à la défense.	En vertu de l'article 2224 du Code civil, les actions personnelles se prescrivent par cinq ans à compter du jour où le titulaire d'un droit a connu ou aurait dû connaître les faits lui permettant de l'exercer, généralement à partir de la fin des obligations du Contrat d'assurance, ou à partir de la dernière communication de la plainte irréfutable.

Objet	Bases légales	Périodes de conservation
Objet comptable et fiscal, en particulier pour être en conformité avec l'obligation de conservation des comptes sociaux, des livres et registres comptables, incluant les documents justificatifs.	Le traitement des Données Personnelles est nécessaire pour la mise en conformité envers une obligation légale à laquelle Fragonard Assurances est soumise (RGPD article 6 (1) c): Obligation générale de conservation des documents comptables de la société, livres comptables incluant les documents justificatifs.	Période de 10 ans minimum suivant la clôture des comptes sociaux et registres (article L. 123-22 du Code de commerce).

- Bénéficiaires ou catégories de bénéficiaires des Données Personnelles.

Fragonard Assurances peut communiquer les Données Personnelles à/ aux :

Bénéficiaires	Autres entités légales du Groupe Allianz Partners (succursales et filiales)	ALLIANZ TECHNOLOGY SE (et ses succursales et filiales)
Objet	Exécuter ce Contrat d'assurance quand c'est nécessaire.	Support IT si ce Contrat d'assurance est digitalisé traité d'une manière automatique.
Transfert international de données	Potentiellement, oui (transfert ou accès à distance aux Données Personnelles stockées dans l'UE).	Potentiellement, oui (transfert ou accès à distance aux Données Personnelles stockées dans l'UE)
Mesures de sécurité (pouvant être requises par le responsable)		Règles internes d'entreprise ou par la signature des clauses modèles de l'Union Européenne pour le transfert d'un Responsable à un Sous-Traitant (Décision de la Commission 2010/87/UE du 5 février 2010 sur les clauses contractuelles standard pour le transfert de Données Personnelles à un sous-traitant basé dans un pays tiers).
Base légale	Le transfert est nécessaire pour l'exécution du Contrat d'assurance entre la personne concernée et les filiales ou succursales du Groupe Allianz Partners (RGPD art 49 (1) b)	RGPD articles 46 (2) b et c.

- Les droits des Personnes Concernées. Les Personnes Concernées peuvent demander l'accès à leurs Données Personnelles ainsi que la rectification, la suppression de leurs Données Personnelles, restreindre ou empêcher le traitement de leurs Données Personnelles et la portabilité de leurs Données Personnelles.

Fragonard Assurances évaluera les requêtes correspondantes au regard du RGPD et répondra en justifiant leur recevabilité ou leur refus.

Attribution de juridiction :

AWP France SAS fait élection de domicile en son siège social : 7 rue Dora Maar 93400 Saint-Ouen. Les contestations qui pourraient être élevées contre AWP France SAS à l'occasion de la mise en œuvre de la Convention sont exclusivement soumises aux tribunaux français compétents et toutes notifications devront être faites par courrier recommandé avec accusé de réception à l'adresse indiquée ci-dessus.

Les prestations sont mises en œuvre par **AWP FRANCE SAS** - 7 rue Dora Maar - 93400 Saint-Ouen - Société par Actions Simplifiée au capital de 7 584 076,86 € - 490 381 753 RCS BOBIGNY - Siret : 490 381 753 00014 - Société de courtage et d'assurances, immatriculée à l'ORIAS (www.orias.fr) sous le n° 07 026 669.

Et assurées par : **FRAGONARD ASSURANCES**, société anonyme au capital de 37 207 660,00 € ayant son siège social à Saint-Ouen (93400), 7 rue Dora Maar, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Bobigny sous le numéro 479 065 351, entreprise régie par le Code des assurances soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), Sise au 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS Cedex 09 - www.acpr.banque-france.fr

Ci-avant ensemble dénommées "L'ASSISTEUR"

Document contractuel

16.0 CADRE JURIDIQUE



Nullité de la prestation : Si le bénéficiaire ou son médecin traitant refuse ou le conseil, ou les prestations ou les prescriptions proposées par L'ASSISTEUR, le bénéficiaire organise en ce cas librement et sous son entière responsabilité les actions qu'il juge ou que son médecin traitant juge les plus adaptées à son état, L'ASSISTEUR étant dégagé de toute obligation. En aucun cas L'ASSISTEUR ne peut être tenu au paiement des frais engagés par le bénéficiaire.