

DIREXI ACCIDENTS

Notice d'information du contrat d'assurance n°CGxx-0170-0001 - Version du 01.10.2015

Contrat collectif d'assurance à adhésion facultative n°215D0001-A, souscrit par **Direxi SASU** - société de courtage d'assurances au capital de 1 800 870 €, dont le siège social se situe au 1 rue du Molinel - 59290 Wasquehal - RCS Lille Métropole 351 746 094 - Garantie financière et assurance de responsabilité civile professionnelle conformes aux articles L.512-6 et L.512-7 du Code des Assurances - Enregistrée auprès de l'Organisme pour le Registre des Intermédiaires en Assurance (www.orias.fr) sous le numéro 07 005 788. Auprès de :

- Pour les garanties d'assurance accidents : **Sphéria Vie** - Société Anonyme à Directoire et Conseil de Surveillance au capital de 18 420 000 euros - Entreprise régie par le Code des Assurances - 414 494 708 RCS Orléans dont le siège social est 10 rue Émile Zola - 45000 Orléans.

- Pour les garanties d'assistance : **Ressources Mutuelles Assistance**, Union Technique d'Assistance soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité et inscrite au Registre National des Mutuelles sous le n° 444 269 682 - siège social : 46 rue du Moulin - BP 62127 - 44121 Vertou Cedex.

Direxi, Sphéria Vie et Ressources Mutuelles Assistance sont soumises au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) - 61 rue Taitbout - 75436 Paris cedex 09.

1. LEXIQUE

1.1 LES GARANTIES D'ASSURANCE ACCIDENTS

Accident : toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'Assuré, due à un évènement soudain et imprévisible, dont la cause est étrangère à son état physique (non liée à un état pathologique ou à un handicap).

Sont ainsi couverts au titre du présent contrat, les accidents domestiques, les accidents de la circulation (à l'exception des accidents de trajet qui relèvent des accidents du travail), les accidents de sports et loisirs (sauf exclusions prévues à l'article 13), les agressions et attentats, catastrophes naturelles et technologiques.

Ne sont pas considérés comme Accident au sens du présent contrat, les infarctus, les Accidents cardiovasculaires et cérébraux.

Adhèrent : personne physique majeure qui a adhéré au contrat et qui paie les cotisations.

Assuré(s) : personne(s) physique(s) sur laquelle (lesquelles) repose(nt) le risque. Il s'agit de :

- l'Adhèrent seul, ou
- l'Adhèrent et son Conjoint, ou
- l'Adhèrent et son (ses) Enfant(s), ou
- l'Adhèrent, son Conjoint, son (ses) Enfant(s).

Assuré principal : personne physique majeure sur la tête de laquelle repose le risque et qui est l'Adhèrent au contrat.

Bénéficiaire(s) : les sommes dues sont versées à l'Assuré victime de l'Accident à l'origine de l'Invalidité Permanente Totale ou Partielle.

Conjoint : il s'agit du conjoint de l'Assuré principal non séparé de corps par un jugement définitif passé en force de chose jugée, à défaut du concubin notoire déclaré comme tel par l'Assuré à l'Assureur, ou de la personne désignée comme telle dans le cadre d'un PACS.

Consolidation : stabilisation de l'état de santé de l'Assuré, auquel les soins donnés ne sont plus susceptibles d'apporter d'amélioration et dont il devient possible de déterminer le degré d'invalidité.

Enfant : il s'agit des enfants fiscalement à la charge de l'Assuré principal au jour du sinistre :

- âgés de moins de 18 (dix-huit) ans
- âgés de 18 (dix-huit) ans à moins de 26 (vingt-six) ans, s'ils justifient de la poursuite de leurs études ou s'ils sont en apprentissage et justifient d'une rémunération inférieure au salaire servant de base au calcul des prestations familiales.

Invalidité Permanente Totale ou Partielle : l'Assuré est considéré en état d'Invalidité Permanente Totale ou Partielle lorsque son taux d'invalidité est au moins égal à 10%.

Règle de Balthazard (ou règle de la validité restante) : méthode utilisée pour déterminer des infirmités multiples permettant d'obtenir un pourcentage d'invalidité toujours inférieur à 100% mais néanmoins proportionnel au nombre et à la gravité des infirmités en cause. Cette règle donne lieu à un classement des différentes infirmités identifiées, par ordre décroissant de gravité (la gravité étant appréciée en fonction du taux d'invalidité occasionné par l'infirmité constatée) ; chacune de ces infirmités se voit ensuite attribuer un taux d'invalidité, eu égard au pourcentage de validité restant après avoir mesuré le degré d'invalidité de l'infirmité qui lui est supérieure.

Exemple :

Infirmités	Taux absolus	Taux relatifs
1 ^{ère} infirmité	60%	60% x 100% = 60%
		(validité restante : 100% - 60% = 40%)
2 ^{ème} infirmité	20%	20% x 40% = 8%
		(validité restante : 40% - 8% = 32%)
3 ^{ème} infirmité	10%	10% x 32% = 3.2%
Total arithmétique :	90%	Total relatif (arrondi) à retenir : 72%

Taux d'invalidité fonctionnelle provisoire : pourcentage permettant de mesurer les séquelles physiques et/ou mentales dont l'Assuré demeure atteint après avoir été victime d'un Accident, établi de façon provisoire après expertise médicale, le caractère provisoire de ce taux résultant de l'absence de consolidation de l'état de santé de l'Assuré au jour de l'expertise.

Taux d'invalidité fonctionnelle définitive : pourcentage permettant de mesurer les séquelles physiques et/ou mentales dont l'Assuré demeure atteint après avoir été victime d'un Accident, établi de façon définitive après expertise médicale du fait de la consolidation de l'état de santé de l'Assuré.

1.2 LES GARANTIES D'ASSISTANCE

Aidant : personne qui vient en aide, à titre non professionnel, en partie ou totalement, à une personne âgée dépendante ou une personne handicapée de son entourage, pour les activités de la vie quotidienne. L'Aidant peut être l'Adhèrent lui-même, un Ayant droit ou toute personne, qui vient en aide à titre non professionnel, à l'Adhèrent ou à un Ayant droit.

Aide à domicile : la mission de l'Aide à domicile concerne la réalisation de petits travaux ménagers quotidiens (repassage, ménage, préparation des repas, courses de proximité sans véhicule) au domicile du bénéficiaire. La durée de présence de l'Aide à domicile est décidée par l'Assisteuse après évaluation.

Animaux familiers de compagnie : sont considérés comme Animaux familiers de compagnie les chats et les chiens, vivants au domicile du Bénéficiaire et dont le carnet de vaccination est à jour conformément à la réglementation en vigueur, dans la limite de 2 (deux) animaux par Bénéficiaire.

Ascendant : sont considérés comme Ascendants, les parents, grands-parents, arrière-grands parents de l'Assuré.

Ayants droit : les Ayants droit de l'Assuré sont les personnes physiques couvertes au titre du présent contrat.

Bénéficiaire(s) : bénéficiaire des garanties d'assistance, sous réserve de résider en France métropolitaine : l'Assuré lui-même, son Conjoint ainsi que ses Enfants.

Centre de convalescence : les Centres de convalescence sont des structures de soins qui contribuent à une réadaptation post-hospitalisation. Les centres de rééducation, les SSR (Soins de Suite et de Réadaptation), les maisons de repos, les centres de cure thermique sont assimilés à des Centres de convalescence. Les séjours dans ces structures ne sont pas considérés comme des hospitalisations.

Dépendance : état impliquant d'être dans l'impossibilité d'effectuer, sans l'aide d'une tierce personne, l'ensemble des 4 (quatre) gestes de la vie quotidienne : se laver, s'habiller, se déplacer, se nourrir. La dépendance peut être temporaire ou définitive.

Domicile ou résidence habituelle : le lieu de résidence principale et habituelle du bénéficiaire, ayant un caractère permanent qui est mentionné au titre de domicile fiscal sur la déclaration d'impôt sur le revenu. Le domicile doit être situé en France métropolitaine.

Pour les personnes résidant dans des maisons de longs séjours (telles que notamment les maisons de retraite), ou ayant une résidence secondaire, on entend par domicile principal, le lieu où la personne habite plus de 183 (cent quatre-vingt-trois) jours par an.

Les étudiants ayants droit sont considérés comme ayant un double domicile, leur résidence dans le cadre de leurs études et la résidence du parent adhérent.

En cas de garde partagée, le domicile de l'enfant est son lieu d'habitation habituel.

Etablissement de soins : tout établissement de soins public ou privé, qui assure le diagnostic, la surveillance, le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes.

Frais d'hébergement : frais de la chambre pour une nuit d'hôtel y compris petit déjeuner, hors frais de repas, téléphone, bar et annexe.

Handicap : constitue un handicap, au sens de la loi 2005-102 du 11 février 2005, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant.

Hospitalisation : tout séjour comprenant au minimum une nuitée dans un établissement de soins public ou privé, dès lors que ce séjour a pour objet la mise en observation, le traitement médical ou chirurgical d'une maladie ou de lésions résultant d'un Accident.

Maladie : altération soudaine et imprévisible de la santé, consécutive ou non à une situation préexistante, n'ayant pas pour origine un accident corporel, constatée par une autorité médicale compétente.

Personne dépendante : toute personne présentant un état de dépendance telle que définie dans la définition du terme « Dépendance ».

Proche : les Ascendants et descendants au 1^{er} degré, le conjoint, le concubin notoire, le partenaire pacsé, le tuteur légal du Bénéficiaire, les frères, les sœurs, le beau-père, la belle-mère, le gendre, la belle-fille, le beau-frère et la belle-sœur de l'Assuré ou à défaut toute autre personne désignée par l'Assuré. Le proche doit être domicilié dans le même pays que le Bénéficiaire.

Transport : sauf mention contraire, les transports organisés dans le cadre de cette convention s'effectuent par taxi, voiture, train ou par avion en classe touristique (si seul ce moyen peut être utilisé pour une distance supérieure à 500 km (cinq cents kilomètres)) et dans la limite de 500 € (cinq cents euros) pour les transports en France métropolitaine. L'Assisteuse est seul décisionnaire du moyen utilisé.

2. OBJET DU CONTRAT

Le présent contrat est souscrit auprès de Sphéria Vie, ci-après dénommé « l'Assureur » et Ressources Mutuelles Assistance, ci-après dénommé « l'Assisteuse » par Direxi, ci-après dénommé « le Souscripteur ».

Il a pour objet de garantir à l'Assuré, client de la société de courtage Direxi, le versement d'un capital forfaitaire en cas d'Invalidité Permanente Totale ou Partielle des suites d'un Accident garanti, dès lors que le taux d'invalidité fixé par expertise médicale est au moins égal à 10% ; il a également pour objet de proposer des prestations d'assistance à l'Assuré. Le présent contrat est régi par le Code des Assurances s'agissant des garanties d'assurance accidents, le Code de la Mutualité s'agissant des garanties d'assistance, et par la loi française, à laquelle les parties doivent se soumettre.

Tout litige né de l'exécution, de l'inexécution ou de l'interprétation du présent contrat sera de la compétence des juridictions françaises.

Le Souscripteur est tenu de remettre aux Adhérents la présente notice d'information qui définit les garanties et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre. En cas de modifications apportées au contrat, le souscripteur remet aux adhérents une nouvelle notice d'information.

3. CONDITIONS D'ADHESION

Peuvent adhérer au présent contrat, au jour de la date d'effet indiquée sur le certificat d'adhésion, toute personne physique :

- âgée entre 18 (dix-huit) et 65 (soixante-cinq) ans inclus,

- résidant fiscalement en France métropolitaine.

Les conditions d'admission du Conjoint de l'Adhérent à l'assurance sont les mêmes que celles de l'Adhérent indiquées au-dessus.

Au moment de l'Adhésion, l'Adhérent au contrat d'assurance choisit :

- le montant du capital de base au vu duquel sera calculé en cas de sinistre le capital à percevoir, fonction du taux d'invalidité fixé par expertise (le montant du capital de base est indiqué au certificat d'adhésion),

- les personnes Assurées, selon les formules suivantes :

- l'Adhérent seul (Formule Isolé), ou
- l'Adhérent et son Conjoint (Formule Couple), ou
- l'Adhérent et son (ses) Enfant(s) (Formule Monoparental), ou
- l'Adhérent, son Conjoint, son (ses) Enfant(s) (Formule Famille).

Ces choix seront définis dans le certificat d'adhésion. Une seule option de capital sera appliquée pour tous les Assurés concernant le même certificat d'adhésion.

4. EFFET/DUREE DES GARANTIES

4.1 DISPOSITIONS GENERALES

L'adhésion prend effet après acceptation de l'Assureur et de l'Assisteuse, à partir de la date mentionnée sur le certificat d'adhésion, sous réserve du paiement de la première cotisation et, le cas échéant, conformément à la réglementation sur la vente à distance de services figurant à l'article 5 « VENTE A DISTANCE ET DEMARCHAGE/FACULTE DE RENONCIATION ».

En cas de souscription en ligne et de la procédure double clic, le deuxième clic emporte l'adhésion de l'Assuré principal aux clauses et conditions contenues dans le présent document.

A la demande expresse de l'Assuré principal, l'adhésion pourra prendre effet avant l'expiration du délai de renonciation.

4.2 DUREE DE L'ADHESION ET DES GARANTIES

Sauf disposition contraire indiquée dans le certificat d'adhésion, les Assurés sont couverts pour une période d'un an à compter de l'adhésion. Celle-ci se renouvelle chaque année par tacite reconduction au 1^{er} jour du mois qui précède sa date anniversaire, sous réserve des dispositions prévues à l'article 7 « CESSATION DE L'ADHESION ».

5. VENTE A DISTANCE ET DEMARCHAGE/FACULTE DE RENONCIATION

En cas de vente à distance ou de démarchage, les enregistrements des appels téléphoniques, les enregistrements informatiques ou leur reproduction sur tout support vaudront signature par l'Assuré principal, lui seront opposables, et pourront être admis comme preuve de son consentement à l'adhésion du présent contrat, au contenu de celui-ci et aux moyens de paiement de la cotisation d'assurance.

Si le contrat est vendu par démarchage : en vertu de l'article L.112-9 alinéa 1^{er} du Code des assurances, « l.-Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de 14 (quatorze) jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités ».

L'Assuré principal ne peut toutefois plus exercer son droit de renonciation dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu une garantie du contrat.

Si le contrat est vendu à distance : Conformément à l'article L.112-2-1 du Code des Assurances (article L.221-18 du Code de la Mutualité), le même délai s'applique en cas de vente à distance, c'est-à-dire lorsque l'adhésion est conclue exclusivement au moyen d'une ou plusieurs techniques de commercialisation à distance. Dans ce cas, ce délai commence également à courir à compter de la date de conclusion de l'adhésion (ou à compter du jour où l'Adhérent reçoit les conditions contractuelles et les informations mentionnées à l'article L.121-27 du Code de la consommation si cette dernière date est postérieure à celle où le contrat est conclu).

Dans tous les cas : l'Assuré principal dispose d'un délai de renonciation de 14 (quatorze) jours calendaires révolus à compter de la prise d'effet de l'adhésion indiquée dans le certificat d'adhésion.

Cette faculté de renonciation doit être réalisée par lettre recommandée à l'attention de Direxi - Service Clients - 1 rue du Molinel - 59290 Wasquehal, ou par e-mail à l'adresse suivante : serviceclients@direxi.com sur le modèle suivant : « Je soussigné(e) demeurant à _____ déclare renoncer à mon adhésion n° _____ au contrat « DIREXI ACCIDENTS » et entends recevoir l'intégralité de la cotisation que j'ai versée dans un délai de 30 jours calendaires révolus à compter de la réception de ma demande.

Date : _____ Signature : _____ »

Le droit applicable aux relations contractuelles et précontractuelles est le droit français. La langue utilisée pendant les relations précontractuelles et la durée du contrat est le français.

6. FACULTE DE MODIFICATION DE LA PRESTATION ET DES GARANTIES

Pendant toute la durée de l'adhésion au contrat, Direxi pourra proposer à l'Adhérent une ou plusieurs des possibilités suivantes :

- augmenter le montant du capital de base,
- changer la formule (Isolé, Couple, Monoparental, Famille).

En cas de modification des personnes Assurées, l'Assuré principal est tenu d'informer Direxi par lettre recommandée avec avis de réception.

En contrepartie de toute modification, la cotisation sera modifiée et figurera à l'avenant au certificat d'adhésion qui sera établi, avec les nouvelles conditions de garantie ainsi que leur date d'effet.

7. CESSATION DE L'ADHESION

L'adhésion prend fin à l'égard de tous les Assurés indiqués sur le certificat d'adhésion :

- au 85^{ème} anniversaire de l'Assuré principal,
- au jour du décès de l'Assuré principal,
- en cas de non-paiement des cotisations (après application des dispositions prévues aux articles L.113.3 du Code des Assurances et L.221.7 du Code de la Mutualité),
- en cas de dénonciation par l'Assuré principal dans les 30 (trente) jours suivant la réception du courrier d'information de la modification du contrat d'assurance,
- à l'échéance annuelle de l'adhésion en cas de résiliation du contrat collectif conclu entre Direxi, Sphéria Vie et Ressources Mutuelles Assistance ; ledit contrat collectif prend effet au 01/10/2015 pour une durée se terminant au 31 décembre de la même année et se renouvelle chaque année par tacite reconduction, sauf dénonciation de l'une ou l'autre des parties notifiées par lettre recommandée avec préavis de 2 (deux) mois. En cas de résiliation du contrat collectif, les adhésions nouvelles ou avenants ne sont plus acceptés,
- à l'échéance mensuelle suivant la réception par Direxi de la demande de résiliation de l'adhésion par l'Assuré principal.

L'Assuré principal peut mettre fin à son adhésion à tout moment, en nous contactant au 0800 347 394 ou en adressant à Direxi - Service Clients - 1 rue du Molinel - 59290 Wasquehal - une lettre recommandée de résiliation, ou un e-mail à l'adresse suivante : serviceclients@direxi.com.

L'Adhérent, l'Assureur ou l'Assisteuse peuvent également résilier l'adhésion en cas de modification ou cessation du risque conformément aux dispositions prévues aux articles L.113-16 du Code des Assurances et L.221-17 du Code de la Mutualité.

En outre, les garanties prennent fin selon la formule souscrite :

- à l'égard du Conjoint de l'Assuré Principal, le 1^{er} jour du mois de l'échéance mensuelle qui suit son 85^{ème} anniversaire,
- à l'égard du (des) Enfant(s) de l'Assuré Principal, le 1^{er} jour du mois de l'échéance mensuelle qui suit le 18^{ème} anniversaire de l'Enfant à charge de l'Assuré principal, ou son 26^{ème} anniversaire s'il justifie de la poursuite de ses études ou s'il est en apprentissage et justifie d'une rémunération inférieure au salaire servant de base au calcul des prestations familiales.

L'âge limite de garanties correspond à l'âge réel de (des) Assuré(s).

8. LES OBLIGATIONS DE L'ASSURE

L'Assureur et l'Assisteuse fondent leurs engagements sur les déclarations de l'Assuré et/ou de l'Adhérent. Ce dernier s'engage également à les informer de toute modification ou aggravation des éléments constitutifs du risque intervenant antérieurement ou postérieurement à la prise d'effet des garanties.

Toute inexactitude, omission, réticence ou fausse déclaration de la part de l'Assuré portant sur des éléments constitutifs du risque au moment de l'adhésion, lors de la mise en place d'un avenant ou en cours de vie de l'adhésion, même si elle a été sans influence sur le sinistre, expose l'Assuré à l'application des sanctions prévues par les articles L.113-8 et L.113-9 du Code des Assurances, L.221-14 et L.221-15 du Code de la Mutualité, les cotisations versées restant acquises à l'Assureur et/ou à l'Assisteuse. De même, toute omission, réticence, fausse déclaration volontaire dans la déclaration du sinistre de la part de l'Assuré ou de ses ayants droit entraîne la déchéance des garanties voire la nullité de l'adhésion.

9. COTISATIONS

9.1 MONTANT DE LA COTISATION

Le coût de l'adhésion au présent contrat est exprimé en euros et comprend les frais et taxes. Direxi pourra offrir à l'Assuré principal le bénéfice du fractionnement mensuel de la cotisation. Le montant de cette cotisation figure sur le certificat d'adhésion. En cas de fractionnement de la cotisation, Direxi se réserve le droit de demander à l'Assuré principal en situation d'impayés le paiement de l'intégralité de la cotisation restant due, à partir du premier impayé jusqu'à la date anniversaire de l'adhésion.

Les cotisations sont payables :

- soit par prélèvement sur un compte bancaire dont l'Adhérent est titulaire,
- soit par prélèvement sur la carte bancaire de l'Adhérent,
- soit par tout autre moyen de paiement accepté par Direxi.

9.2 RÉVISION

La cotisation et les garanties sont révisables annuellement. **Cette révision s'impose à tous les Assurés. L'Adhérent dispose de la faculté de résilier son adhésion en cas de désaccord dans les 30 (trente) jours suivant la réception du courrier les informant de la modification.**

9.3 DÉFAUT DE PAIEMENT

Conformément aux articles L.113-3 du Code des Assurances et L.221-7 du Code de la Mutualité, le non-paiement de la cotisation dans les 10 (dix) jours de son échéance entraîne la suspension de l'adhésion 30 (trente) jours après mise en demeure par lettre ou e-mail envoyé par le Souscripteur. L'adhésion pourra ensuite être révisée, sauf paiement par l'Adhérent de l'ensemble des sommes dues au titre du présent contrat. Dans ce cas, l'adhésion non révisée reprendra ses effets à midi le lendemain du jour où ont été payées l'ensemble des sommes dues ainsi que celles venues à échéance pendant la période de suspension de l'adhésion.

10. GARANTIE ACCIDENTS

La garantie Accidents couvre l(es) Assuré(s) en cas d'Invalidité Permanente Totale ou Partielle consécutive à un Accident garanti, dont le taux est au minimum égal à 10%.

L'Assuré se voit alors verser un capital dont le montant est fonction du capital de base choisi par l'Adhérent lors de l'adhésion ainsi que du taux d'invalidité fonctionnelle définitive, fixé suite à expertise médicale.

Ce capital est versé dès lors que l'état de santé de l'Assuré est consolidé, la date de la consolidation étant établie suite à expertise médicale réalisée par un médecin expert désigné par l'Assureur.

Le taux retenu par l'expert est fonction du barème contractuel figurant en annexe de la présente notice d'information ; il est calculé après prise en compte de l'ensemble des

infirmités pouvant être présentées par l'Assuré des suites de la survenance d'un Accident garanti, par application de la règle dite de Balthazard ou règle de la validité restante (les principes de la règle de Balthazard sont détaillés à l'article 1 de la présente notice).

Le taux d'invalidité fonctionnelle retenu est alors appliqué au montant du capital de base en vue d'obtenir le montant du capital forfaitaire dû à l'Assuré.

Dès lors que l'expert constaterait suite à expertise médicale que l'état de santé de l'Assuré n'est pas consolidé, ce dernier pourra néanmoins solliciter de la part de l'Assureur une avance sur le montant du capital à percevoir.

Cette avance ne pourra être effective que si le taux d'invalidité fonctionnelle fixé au jour de l'expertise (dit « Taux d'invalidité fonctionnelle provisoire ») est au minimum égal à 10% ; dans ce cas, l'Assureur réglera à l'Assuré 20% du capital forfaitaire déterminé par application du taux d'invalidité retenu au capital de base, ce dans la limite d'un montant maximum de 10 000 € (dix mille euros).

Une nouvelle expertise médicale devra être réalisée par un médecin expert missionné par l'Assureur dans le délai maximum de 3 (trois) ans suivant la date de l'Accident générateur de(s) infirmité(s) constatées, et dont l'Assuré a été victime.

Cette nouvelle expertise permettra d'arrêter le taux d'invalidité fonctionnelle définitif, après consolidation, au vu duquel l'Assureur déterminera le montant du capital forfaitaire dû à l'Assuré.

Trois situations peuvent alors se présenter :

- soit le Taux d'invalidité fonctionnelle définitif est supérieur au Taux d'invalidité fonctionnelle provisoire et il reste à devoir à l'Assuré un solde quant au capital forfaitaire devant lui revenir après déduction de l'avance précédemment versée,

- soit le Taux d'invalidité fonctionnelle définitif est inférieur au Taux d'invalidité fonctionnelle provisoire mais il reste à devoir à l'Assuré un solde quant au capital forfaitaire devant lui revenir après déduction de l'avance précédemment versée,

- soit le Taux d'invalidité fonctionnelle définitif est inférieur au Taux d'invalidité fonctionnelle provisoire et il apparaît que l'avance précédemment versée à l'Assuré est supérieure au montant du capital forfaitaire devant lui revenir ; dans ce dernier cas de figure, l'avance précédemment versée reste acquise à l'Assuré et ne lui sera pas réclamée par l'Assureur. En cas de décès de l'Assuré avant consolidation de son état de santé, l'avance versée restera acquise à ses Ayants droit.

PLAFOND DE PRESTATIONS :

En cas d'invalidité de plusieurs Assurés, victimes d'un même Accident garanti, la prestation de chaque Assuré sera calculée en fonction du capital choisi par l'Adhérent ainsi que du taux d'invalidité fonctionnelle définitive fixée suite à expertise médicale. Dans ce cas, l'engagement de l'Assureur sera limité à un plafond cumulé d'indemnisation de 250 000 € (deux cent cinquante mille euros).

ADHESIONS MULTIPLES :

L'Assuré ne peut être garanti simultanément par plusieurs adhésions.

11. PRESTATIONS D'ASSISTANCE

11.1 FAITS GENERATEURS

Les garanties d'assistance s'appliquent à la suite des faits générateurs suivants :

- Accident avec ou sans hospitalisation,
- Invalidité Permanente Totale ou Partielle consécutive à un Accident, générateur d'une invalidité dont le taux est au minimum égal à 10%.

L'Assisteur propose au bénéficiaire la mise en place de la prestation assistance qui correspond le mieux à ses besoins, à raison d'une seule prestation par fait générateur. Le service d'informations et de soutien est disponible en tout temps par téléphone (article 11.3).

11.2 EXECUTION DES PRESTATIONS

Les prestations garanties par la présente convention ne peuvent être déclenchées qu'avec l'accord préalable de l'Assisteur et sur présentation des justificatifs demandés. En conséquence, aucune dépense effectuée d'autorité par le bénéficiaire, n'est remboursée par l'Assisteur.

De plus, il convient de préciser que l'Assisteur ne peut 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.

Dès l'appel de l'un des bénéficiaires, l'Assisteur met tout en œuvre dans le cadre de son obligation de moyens, pour répondre au plus vite à la demande. En aucun cas, l'Assisteur ne pourra s'engager sur une obligation de résultats.

L'Assisteur ne participe pas aux dépenses que le Bénéficiaire a engagées de sa propre initiative.

Toutes les dépenses que le Bénéficiaire aurait dû normalement engager en l'absence de l'événement donnant lieu à l'intervention de l'Assisteur, restent à sa charge (titre de transport, repas, essence, péage...).

Dans le cadre de l'Assistance à domicile, en France métropolitaine, l'Assisteur met tout en œuvre dans le cadre de son obligation de moyens, dès l'appel de l'un des Bénéficiaires, pour répondre au plus vite à la demande. Toutefois, l'Assisteur se réserve un délai de 5 (cinq) heures maximum à compter des heures d'ouverture des réseaux agréés pour faire suite à la demande du Bénéficiaire (sauf délai dérogatoire expressément prévu).

11.3 SERVICE D'INFORMATIONS ET DE SOUTIEN DISPONIBLE EN TOUT TEMPS PAR TELEPHONE

Les prestations définies ci-dessous sont acquises à tout moment, et ce dès l'adhésion.

Le service de renseignements téléphoniques apporte une aide et des conseils dans les domaines de la vie courante et en matière de santé.

a) Informations juridiques

Les chargés d'informations juridiques répondent à toutes questions d'ordre réglementaire :

- habitation/logement,
- justice/défense/recours,
- vie professionnelle (salarié, libéral, artisan, commerçant...),
- assurances sociales/allocations/retraites,
- fiscalité,
- famille,

et d'ordre pratique :

- consommation,
- vacances/loisirs,
- formalités/cartes/permis,
- enseignement/formation.

Certaines demandes pouvant nécessiter des recherches, un rendez-vous téléphonique sera alors pris sous 48h (quarante-huit heures). Les prestations de conseils et d'informations sont uniquement téléphoniques : aucune des informations dispensées ne peut se substituer aux intervenants habituels tels qu'avocats, conseillers juridiques... En aucun cas, elle ne pourra faire l'objet d'une confirmation écrite et ne pourra porter sur une procédure en cours.

b) Conseils et informations médicales

Les conseils médicaux sont délivrés par des médecins disponibles à tout moment dans le respect de la déontologie médicale : confidentialité et secret médical. Ce service ne peut en aucun cas remplacer le médecin traitant ni donner lieu à une prescription médicale. L'Assisteur ne pourra être tenu pour responsable de l'interprétation que le Bénéficiaire pourra en faire. En cas d'urgence, le premier réflexe doit être d'appeler le médecin traitant, les pompiers, les services médicaux d'urgence (SAMU, 15, 112 depuis un téléphone portable).

Des informations médicales destinées aux jeunes majeurs ou parents d'enfants mineurs peuvent être délivrées sur des thèmes tels que : IST, MST, IVG, hygiène de vie (consommation alcool, tabac, alimentation...).

Des informations générales peuvent être délivrées dans les domaines suivants :

- grossesse, puériculture et maladies infantiles,
- addictions, comportements excessifs (alimentaires, jeux, achats compulsifs),
- hygiène de vie, sport,
- diététique, régimes,
- pathologies liées au vieillissement,
- médecines complémentaires, médecines douces,
- vaccinations, réactions aux médicaments,
- santé en voyage : vaccins, précautions médicales...

Des informations liées à la santé au travail peuvent être apportées à propos des :

- maladies professionnelles,
- risques psychosociaux ou RPS (il s'agit d'éléments portant atteinte à l'intégrité physique ou à la santé mentale des salariés, survenant au sein de leur environnement professionnel),
- troubles musculo-squelettiques ou TMS (il s'agit d'affections péri articulaires, touchant principalement le membre supérieur, liées à une sollicitation excessive de l'articulation concernée, dont l'origine est souvent professionnelle),
- bilans de santé...

c) Service d'écoute et de soutien psychologique

A tout moment, dès l'adhésion au contrat ou dans le cadre d'une situation liée à la santé, l'accident, le handicap générant un état de perte totale et irréversible de l'autonomie, lors du décès ou bien en prévention, un service d'écoute assuré par un psychologue clinicien est mis à disposition de l'Adhérent ou de son Ayant droit Aidant.

Ces entretiens téléphoniques de soutien sur rendez-vous sont limités dans le temps (10 (dix) entretiens au maximum par année civile) et soumis à la confidentialité, leur coût est pris en charge par l'Assisteur.

Conseils quant au choix d'un praticien : ils peuvent donner lieu à un conseil permettant une réorientation vers le réseau des praticiens en ville, si un suivi thérapeutique doit être envisagé à l'issue du soutien psychologique par téléphone.

Remarque : ce service est accessible à tout moment à compter de la date de souscription. L'Assuré se trouvant lui-même en situation d'Aidant peut également faire appel à ce service de soutien.

d) Accompagnement social

L'accompagnement est réalisé par des assistantes sociales ou conseillères en Economie Sociale et Familiale sous forme d'entretiens téléphoniques non limités et confidentiels.

Le service social peut aider et informer dans les domaines suivants :

- aide au budget : bilan de la situation (ressources, charges, endettement, surendettement), recherche de solutions pour équilibrer le budget,
- soutien à la parentalité : mode de garde, coparentalité, nutrition, relations familiales et conjugales,
- soutien en cas d'aléas de santé : aide à domicile, adaptation du logement et ou du poste de travail, ouverture de droits (invalidité, handicap, retraite...),
- aide au départ à la retraite : démarches administratives, projection budgétaire, investissement d'un nouveau rôle social.

11.4 ASSISTANCE EN CAS D'ACCIDENT

En cas d'Accident sans hospitalisation : services d'aide à la personne

Si le Bénéficiaire ne peut temporairement se déplacer à la suite d'un Accident, l'Assisteur propose les prestations suivantes :

a) Portage de médicaments : lui envoie l'un de ses correspondants pour chercher les médicaments prescrits par son médecin, lors d'une visite (le coût des médicaments n'est pas à la charge de l'Assisteur),

b) Recherche de services : lui indique, dans la mesure du possible, les coordonnées d'organismes qui fournissent à domicile des soins médicaux, des services repas, des soins esthétiques... ; se charge de rechercher, de façon ponctuelle une personne pour effectuer une démarche administrative, faire des courses ou accompagner le Bénéficiaire, lors d'une visite médicale (organisation sans prise en charge). Dès l'appel, l'Assisteur met tout en œuvre pour répondre au plus vite à cette demande.

En cas d'hospitalisation suite à un Accident :

L'ensemble des prestations sont délivrées dans le cadre d'un accompagnement. L'Assisteur organise et prend en charge l'une des prestations de soutien suivantes :

a) Aide à domicile

L'Assisteur met à disposition du Bénéficiaire une aide à domicile, à concurrence d'un maximum de 30 (trente) heures.

Le nombre d'heures attribuées et la durée de la prestation sont déterminés par l'Assisteur.

b) Autres prestations de Bien-être et de Soutien en substitution

Si le Bénéficiaire a déjà une aide à domicile tout au long de l'année ou qu'il ne souhaite pas bénéficier d'Aide à domicile, l'Assisteuse met en place et prend en charge (sur justificatif) une autre prestation en substitution à hauteur de l'enveloppe financière qui aurait été accordée pour l'aide à domicile :

- séance(s) de coiffure à domicile, de pédicure,
- prestation(s) de livraison de courses alimentaires,
- service(s) de portage de repas,
- entretien(s) du linge,
- séance(s) de coaching santé, coaching nutrition.

c) Garde des enfants ou petits-enfants de moins de 16 (seize) ans

Si le Bénéficiaire a la responsabilité d'enfants ou petits-enfants de moins de 16 (seize) ans, l'Assisteuse prend en charge :

- soit la garde des enfants ou petits-enfants à domicile pendant 5 (cinq) jours maximum, à raison d'un maximum de 8 (huit) heures par jour pendant ou après l'hospitalisation. Pendant cette période de 5 (cinq) jours, l'Assisteuse se charge également, si besoin est, d'assurer le transport aller et retour des enfants à l'école,
- soit le transport aller/retour des enfants jusqu'au domicile d'un Proche résidant en France métropolitaine,
- soit le transport aller/retour d'un Proche jusqu'au domicile, pour garder les enfants.

d) Garde des personnes dépendantes

Si le Bénéficiaire a la responsabilité de personnes dépendantes vivant sous son toit, l'Assisteuse prend en charge :

- soit la garde de ces personnes à domicile pendant 5 (cinq) jours maximum, à raison d'un maximum de 8 (huit) heures par jour pendant ou après l'hospitalisation,
- soit le transport aller/retour de ces personnes chez des Proches, résidant en France métropolitaine,
- soit le transport aller/retour d'un Proche jusqu'au domicile, pour garder les personnes dépendantes.

e) Garde des animaux familiers

L'Assisteuse prend en charge le gardiennage des animaux familiers du Bénéficiaire dans un centre agréé. Cette prestation est limitée à 30 (trente) jours avec un maximum de 300 € (trois cents euros) TTC.

f) Présence d'un proche au chevet

L'Assisteuse organise, sans prendre en charge, le transport d'un Proche, résidant en France métropolitaine, jusqu'au domicile du Bénéficiaire, ainsi que son hébergement à l'hôtel. Les frais sont à la charge du Proche.

g) Téléassistance

L'Assisteuse organise et prend en charge les frais d'installation et d'abonnement d'un dispositif de téléassistance pour une durée de 6 (six) mois.

L'équipe de travailleurs sociaux de l'Assisteuse aide la personne dans ses démarches pour trouver des solutions ultérieures de financement du dispositif de téléassistance.

h) Diagnostic du domicile

L'Assisteuse organise et prend en charge la réalisation d'un diagnostic du domicile par un ergothérapeute dûment compétent, destiné à préconiser les travaux d'aménagement et d'adaptation. Cette prise en charge financière est complétée d'un accompagnement des projets de réalisation des travaux, d'aide et conseils sur l'interprétation des devis de prestataires et sur les travaux proposés, de renseignements sur les fournisseurs de matériels spécialisés... par le biais de rendez-vous téléphoniques réguliers et de recherche d'aides publiques existantes pour contribuer à financer les travaux. Cependant, en aucun cas, l'Assisteuse ne peut agir comme maître d'oeuvre dans les travaux qu'il faut effectuer.

i) Technicienne d'Intervention Sociale et Familiale

L'Assisteuse organise et prend en charge l'intervention d'une technicienne d'intervention sociale et familiale (TISF) à domicile en concertation avec l'Assuré ou ses Bénéficiaires à hauteur d'un maximum de 300 € (trois cents euros) TTC. L'Assisteuse peut prendre en charge, sur évaluation sociale, les frais engendrés par l'intervention de cette technicienne. Celle-ci intervient au sein des familles rencontrant des difficultés liées à l'invalidité, dès lors qu'il existe des enfants de moins de 12 (douze) ans, afin de contribuer à un soutien au rôle éducatif et parental.

j) Accompagnement pour consultations ou examens médicaux

En cas d'impossibilité pour le Bénéficiaire de se rendre seul sur son lieu de consultation ou d'examen, si personne ne peut l'accompagner et lorsque l'Adhérent doit être déplacé, soulevé, manipulé au cours de la consultation ou l'examen, l'Assisteuse organise et prend en charge le transport aller et retour de l'Adhérent depuis son domicile vers le lieu de consultation ou d'examen par le moyen le plus adapté et met à disposition un intervenant qualifié. Cette prestation est prise en charge à concurrence de 6 (six heures) maximum et à moins de 50 km (cinquante kilomètres) de son domicile.

11.5 ASSISTANCE EN CAS D'INVALIDITE PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE DES SUITES D'UN ACCIDENT, DONT LE TAUX EST AU MOINS EGAL A 10%,

L'ensemble des prestations sont délivrées dans le cadre d'un accompagnement de l'équipe pluridisciplinaire :

a) Soutien psychologique spécifique en cas d'invalidité

Le soutien psychologique est réalisé par des psychologues sous forme d'entretiens téléphoniques confidentiels, limités à 10 (dix) par année civile, et propose :

- un debriefing psychologique,
- une écoute et travail thérapeutique,
- une aide à la verbalisation des émotions,
- un accompagnement pour faire face au quotidien,
- un soutien pour de nouvelles habitudes de vie.

b) Accompagnement social en cas d'invalidité

L'accompagnement social est réalisé par des assistantes sociales ou conseillères en Economie Sociale et Familiale sous forme d'entretiens téléphoniques confidentiels, limités à 10 (dix) par année civile :

- informations et conseils relatifs à l'invalidité,
- aide aux démarches administratives, à la projection budgétaire,

- accompagnement vers des solutions de lien social.

c) Prévention des situations d'endettements

La prévention des situations d'endettement est réalisée par des assistantes sociales ou des conseillères en économie sociale et familiale sous forme d'entretiens téléphoniques confidentiels, limités à 10 (dix) par année civile :

- bilan de la situation administrative : statut, droits acquis, droits au regard des dispositifs d'aide sociale,
- recherche de solutions pour assurer le règlement des charges : accès aux droits, aides légales et/ou extra-légales,
- recherche de solutions pour équilibrer le budget dans la durée.

11.6 CONDITIONS RESTRICTIVES D'APPLICATION DES GARANTIES**Comportement abusif**

L'Assisteuse ne sera pas tenu d'intervenir dans les cas où le Bénéficiaire aurait commis de façon volontaire des infractions à la législation locale en vigueur ou à la suite d'accidents causés ou provoqués intentionnellement par le Bénéficiaire du contrat.

L'Assisteuse réclamera s'il y a lieu le remboursement de tout ou partie des frais qui pourraient être considérés comme la conséquence directe de ce comportement.

Toute fraude, falsification ou fausse déclaration et faux témoignage entraînera automatiquement la nullité du bénéfice des garanties d'assistance.

En cas de déclaration mensongère du Bénéficiaire ou de non remboursement d'une avance de frais, l'Assisteuse réclamera s'il y a lieu au Bénéficiaire le remboursement de tout ou partie des frais qui pourraient être considérés comme la conséquence directe du comportement.

Responsabilité

La responsabilité de l'Assisteuse ne saurait être recherchée en cas de refus par le Bénéficiaire de soins ou d'examens préalables à un transport sanitaire, dans un établissement public ou privé ou auprès d'un médecin qui aurait été préconisés par l'Assisteuse.

L'Assisteuse ne peut intervenir que dans la limite des accords donnés par les autorités locales, médicales et/ou administratives, et ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux d'urgence, ni prendre en charge les frais ainsi engagés s'ils relèvent de l'autorité publique.

L'Assisteuse ne peut intervenir dans les situations à risque infectieux en contexte épidémique faisant l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillance spécifique de la part des autorités sanitaires locales, nationales et/ou internationales.

L'Assisteuse ne peut intervenir que sur production des justificatifs originaux exigés lors de l'accord de prise en charge.

Circonstances exceptionnelles

La responsabilité de l'Assisteuse ne saurait être recherchée en cas de manquement aux obligations de la présente notice d'information, si celui-ci résulte :

- de cas de force majeure rendant impossible l'exécution de la prestation,
- d'événements tels que guerre civile ou étrangère,
- de révolution, mouvement populaire, émeute, grève, saisie ou contrainte par la force publique, interdiction officielle décidée par les autorités, piraterie, explosion d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques.

11.7 NULLITE DE LA PRESTATION

Si le Bénéficiaire ou son médecin traitant refuse le conseil ou les prestations ou les prescriptions proposées par l'Assisteuse, 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'Assisteuse étant dégagé de toute obligation.

En aucun cas, l'Assisteuse ne peut être tenu au paiement des frais engagés par le Bénéficiaire.

12. TERRITORIALITE DES GARANTIES**12.1 ASSURANCE ACCIDENTS**

L'assurance est valable dans le monde entier pour tout déplacement ne dépassant pas, sauf dérogations, 45 (quarante-cinq) jours consécutifs et 60 (soixante) jours non consécutifs sur une période de 12 (douze) mois, et sous réserve des exclusions éventuelles indiquées dans la présente notice d'information.

Toutefois lorsque l'Accident survient hors de France métropolitaine, le versement des prestations s'effectue en France métropolitaine.

12.2 ASSISTANCE ACCIDENTS

La couverture géographique d'assistance est valable :

- au domicile, pour l'assistance de tous les jours,
 - pour tout déplacement en France métropolitaine,
- Sont exclus les déplacements provoqués pour des raisons médicales en milieu hospitalier (sauf prestations visées au point « j » de l'article 11.4)

13. RISQUES EXCLUS

Sont exclus de toutes les garanties du contrat, l'ensemble des événements ci-après, leurs suites, conséquences et leurs récidives :

- tout accident antérieur à la prise d'effet de l'adhésion,
- les accidents de travail au sens de la législation de la sécurité sociale (incluant donc les accidents de trajets),
- les conséquences de guerre, civile ou étrangère, déclarée ou non, d'insurrections ou d'émeutes, dès lors que l'Assuré y prend une part active,
- les effets directs ou indirects d'explosions ou de dégagement de chaleur ou d'irradiation, provenant de la transmutation de noyau d'atome, ou de la radioactivité, ainsi que des effets de la radiation provoquée par l'accélération artificielle des particules,
- toutes suites et conséquences de la participation de l'Assuré à une rixe (sauf légitime défense et assistance à personne en danger), crimes ou paris de toute nature, acte de sabotage ou de terrorisme,
- tout fait intentionnel de l'Assuré, conséquences d'une tentative de suicide de l'Assuré ou d'un état de démence,
- toute conséquence de l'utilisation de stupéfiants, substances analogues, médicaments ou traitements non prescrits médicalement,

- toute conséquence de la consommation de boissons alcoolisées constatée par un taux d'alcoolémie égal ou supérieur au taux légal ainsi que les complications physiques ou neuropsychiatriques d'abus chroniques ou excessifs de boissons alcoolisées, médicalement constatés et traités,
- toutes conséquences d'accidents d'aviation, si l'appareil n'est pas muni d'un certificat valable de navigabilité et/ou n'est pas conduit par un pilote possédant un brevet valable pour l'appareil utilisé et une licence non périmée,
- la pratique de tout sport à titre professionnel,
- la pratique à titre amateur ou de loisirs des activités sportives suivantes :
 - tous les types de boxes (américaine, française, japonaise, anglaise, arabe, thai, kick-boxing, viet vo dao,...),
 - les sports aériens ou aéronautiques et/ou à moteurs suivants : vol à voile, deltaplane, ULM, parapente, paramoteur, parachute ascensionnel, parachute à ouverture automatique, acrobatie, voltige, raid, vol d'essai ou vol sur prototype, parachutisme en chute libre, base jump ou saut à l'élastique, sky surf,
 - les sports équestres suivants : la course d'obstacles ou cross, la pratique du concours complet, courses de plat, de trot, du polo, de marathon, raids, endurance,
 - les sports d'hiver, escalade et alpinisme suivants : la pratique du bobsleigh, ski alpin ou snow-board hors-pistes balisées, saut à ski, kilomètre lancé, via ferrata, la pratique de l'escalade ou varappe avec sécurité sur mur, paroi, falaise ou surface de glace, la pratique au-delà de 3000 (trois mille) mètres de l'escalade / alpinisme / expéditions et ski de randonnée, la pratique du ski extrême ou acrobatique ou free style ou skibob, de la luge sportive (y compris essais), des raids,
 - les sports d'eau et/ou de voile suivants : le jet ski, surf, ski nautique, windsurf, speed sail, char à voile, kite surf, canyoning, rafting, la plongée sous-marine avec bouteille d'une profondeur supérieure à 40 (quarante) mètres. La plongée en apnée d'une profondeur supérieure à 20 (vingt) mètres, la navigation maritime à voile au sens de la législation française au-delà de 20 (vingt) miles nautiques d'un abri côtier, les courses de bateaux,
 - les activités sportives terrestres nécessitant l'utilisation d'un appareil à moteur suivantes : les courses automobiles ou de motos sur circuit ou pistes (record, vitesse), courses de côte, rallyes, raid tout terrain,
 - autres activités sportives : la spéléologie, le vélo tout terrain de descente,
- les accidents médicaux, survenus à l'occasion d'une intervention chirurgicale.

14. QUE FAIRE EN CAS DE SINISTRE ?

La déclaration de sinistre doit se faire auprès de Direxi, par téléphone au 0800 850 750 ou par courrier à Direxi - Service Clients - 1 rue du Molinel - 59290 Wasquehal - dès connaissance du sinistre.

Les pièces à fournir sont les suivantes :

- le questionnaire médical sinistre, dûment complété et signé par le médecin traitant ou spécialiste de l'Assuré,
- le cas échéant, la copie des comptes rendus d'imagerie médicale (radiographie, scanner, IRM, autres),
- le cas échéant, la copie des comptes rendus d'hospitalisation et d'intervention chirurgicale,
- le cas échéant, le PV de gendarmerie,
- toute autre pièce ou justificatif jugé nécessaire par l'Assureur ou l'Assisteur.

Dans tous les cas l'Assureur se réserve le droit de réclamer toutes pièces complémentaires. La déclaration de l'Assuré ne sera prise en compte qu'à réception de l'intégralité des pièces requises.

Tout document à caractère médical devra être envoyé avec la mention «Pli confidentiel» ou «Secret médical», directement à l'attention de Direxi - Médecin Conseil - 1 rue du Molinel - 59290 Wasquehal.

15. POUR CONTACTER L'ASSISTEUR

L'Assisteur est joignable sans interruption, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, par téléphone au :



Pour le service d'information téléphonique, du lundi au vendredi, de 8h00 à 18h30.

Sans oublier d'indiquer :

- le numéro d'Adhérent,
- le numéro de contrat,
- les nom, prénom et adresse.

Lors du 1^{er} appel, un n° d'assistance sera communiqué : à rappeler systématiquement, lors de toutes les relations ultérieures avec l'Assisteur.

Toute demande d'assistance doit être formulée par téléphone au maximum dans les 30 (trente) jours qui suivent la date de survenance du fait générateur rattaché à cette demande.

Le Bénéficiaire s'engage à faire parvenir à l'Assisteur tous les justificatifs exigés par ce dernier pour le déclenchement des prestations garanties. Les justificatifs demandés par l'Assisteur sont des pièces originales.

16. EN CAS DE RECLAMATION

Toute demande d'information ou réclamation de l'Assuré relative à l'application du présent contrat doit être présentée à Direxi par courrier à Direxi - Service Clients - 1 rue du Molinel - 59290 Wasquehal ou sur le site internet www.direxi.fr ou par téléphone au 0 800 347 394. Si les réponses apportées ne satisfont pas à son attente, il peut écrire à l'Assureur : Sphéria Vie - 10 rue Emile Zola - 45000 Orléans.

Toute réclamation liée à l'interprétation, l'exécution, la cessation du présent contrat sera traitée dans le respect de la procédure afférente au traitement des réclamations établie par Sphéria Vie conformément à la réglementation en vigueur. Si, après épuisement des voies de recours décrites à cette procédure (la procédure de traitement des réclamations de Sphéria Vie peut être consultée sur son site internet www.spheria-vie.fr), un désaccord subsiste, l'Assuré peut solliciter gratuitement une procédure de Médiation en adressant sa demande à l'adresse suivante : Sphéria Vie - Médiation - 10 rue Emile Zola - 45000 Orléans. De plus amples informations quant à ce dispositif de médiation sont disponibles sur le site internet de Sphéria Vie.

17. LITIGES ET ARBITRAGES

En cas de désaccord de l'Assuré sur les conclusions d'une expertise médicale effectuée par un expert désigné par l'Assureur ou bien par le médecin consultant de l'Assureur ou de son délégué, l'Assuré peut faire procéder à une contre-expertise à ses frais par un expert de son choix.

On entend par expert, les médecins répertoriés sur la liste des experts judiciaires, désignés comme tels par la Cour d'Appel du domicile de l'Assuré et reconnus par les Organismes d'Assurance ainsi que les médecins diplômés de la réparation juridique du dommage corporel.

Si les experts désignés ne sont pas d'accord entre eux, ils s'adjoignent un tiers expert, ce dernier sera désigné par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'Assuré. Chacun paie les honoraires de son expert ; ceux du tiers expert sont supportés par moitié par chacune des parties.

Les parties s'engagent à considérer le rapport du tiers expert comme décision d'arbitrage et s'interdisent d'avoir recours à la voie judiciaire tant que le tiers expert n'a pas déposé son rapport.

18. PRESCRIPTION

Toutes actions dérivant du présent contrat sont prescrites par 2 (deux) ans à compter de l'événement qui y donne naissance, dans les conditions définies par les articles L.114-1 et L.114-2 du Code des Assurances, et les articles L.221-11 et L.221-12 du Code de la Mutualité.

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

Conformément aux articles L.114-2 du Code des Assurances et L.221-12 du Code de la Mutualité, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription :

- toute demande en justice, même en référé, tout acte d'exécution forcée,
- toute reconnaissance par l'Assureur du droit à garantie de l'Assuré, ou toute reconnaissance de dette de l'Assuré envers l'Assureur.

Elle est également interrompue :

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

Conformément aux articles L.114-3 du Code des Assurances et L.221-12-1 du Code de la Mutualité, 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.

19. SUBROGATION

L'Assisteur et l'Assureur sont subrogés dans les droits et les actions de l'Assuré contre tous responsables du sinistre déclaré et à concurrence des sommes exposées et du coût des prestations dont ils supportent la charge.

L'Assuré prend l'engagement formel d'informer l'Assisteur de toutes procédures pénales ou civiles dont il aurait eu connaissance contre le responsable d'un Accident dont il aurait été victime et à raison de cet Accident.

20. INFORMATIQUE ET LIBERTES

L'Assuré reconnaît que Direxi, Sphéria Vie et Ressources Mutuelles Assistance, responsables du traitement de son adhésion, peuvent communiquer ses réponses ainsi que les données le concernant qu'ils pourraient ultérieurement recueillir à l'occasion de la gestion de son dossier, à ses mandataires, réassureurs, organismes professionnels habilités et sous-traitants, dans la mesure où cette transmission est nécessaire à la gestion de son dossier.

Conformément à l'article 32 de la Loi du 6 janvier 1978 modifiée, l'Assuré reconnaît et est informé qu'il dispose d'un droit d'accès et de rectification auprès de :

- Direxi - Service Clients - 1 rue du Molinel - 59290 Wasquehal - ou en se connectant sur le site Internet www.direxi.fr,

- Sphéria Vie - 10 rue Emile Zola - 45000 Orléans,

- Ressources Mutuelles Assistance - 46 rue du Moulin - BP 62127 - 44121 Vertou Cedex.

Par ailleurs et conformément à la loi « informatique, fichiers et libertés » l'Assuré reconnaît être informé que les données recueillies par Direxi lors de l'adhésion peuvent être utilisées par ses sociétés partenaires à des fins de prospection commerciale auxquelles il peut s'opposer en se connectant sur le site Internet www.direxi.fr ou par courrier à Direxi (Service Clients - 1 rue du Molinel - 59290 Wasquehal).

Sphéria Vie, en revanche, s'interdit d'utiliser les données ainsi récoltées à des fins de prospection commerciale.

21. AUTORITE DE CONTROLE

Direxi, Sphéria Vie et Ressources Mutuelles Assistance sont contrôlées par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) - 61 rue Taitbout - 75009 Paris.

Annexe à la notice d'information :**Barème d'invalidité servant de base au calcul du taux d'Invalidité Permanente Totale ou Partielle**

TETE	TAUX	
Traumatisme crânien		
- Hémiplégié majeure		90%
- Quadriplégie complète		100%
- Syndrome cérébelleux majeur		85%
- Aphasie majeure		70%
- Abolition de toute activité volontaire utile		100%
- Troubles cognitifs majeurs		80%
- Paralyse faciale bilatérale		25%
- Epilepsies bien maîtrisées		10%
- Epilepsies difficilement contrôlées		15%
- Perte fonctionnelle d'un œil		25%
- Cécité absolue		85%
- Paralyse du regard vers le bas		15%
- Paralyse du regard		12%
- Surdité complète bilatérale		60%
- Edentation complète inappareillable		35%
RACHIS	TAUX	
- Paraplégie complète		75%
- Tétraplégie complète haute		95%
- Tétraplégie complète basse		85%
- Paralyse du nerf sciatique		40%
- Cervicalgies avec raideur rachidienne importante		5%
- Lombalgies avec raideur rachidienne importante		5%
- Fracture d'une vertèbre		10%
THORAX	TAUX	
- Fracture d'une côte sans séquelle		1%
- Fracture de plusieurs côtes		8%
- Séquelles douloureuses persistantes de thoracotomie ou sternotomie		5%
- Désarticulation scapulo-thoracique du membre dominant		65%
ABDOMEN / BASSIN	TAUX	
- Néphrectomie unilatérale avec fonction rénale normale		3%
- Splénectomie sans incidence clinique		3%
- Fracture du coccyx avec séquelles		5%
- Fracture de hanche avec limitation minime		8%
- Traumatisme de hanche avec ankylose		30%
- Désarticulation de hanche		55%
- Hanche ballante		40%
- Arthrodeuse en attitude vicieuse		40%
MEMBRES SUPÉRIEURS	Dominant	Non dominant
EPAULE		
- Perte totale mobilité	30%	25%
- Elévation et antépulsion limitées à 85�	20%	15%
- EpauLe ballante	30%	25%
- Amputation d'un membre supérieur	60%	50%
- Amputation de l'avant-bras	55%	45%
COUDE		
- Défaut d'extension	3%	2%
POIGNET		
- Raideur flexion-extension	3%	2%
MAIN		
- Amputation du pouce sans conservation métacarpien	20%	15%
- Amputation de plusieurs doigts	30%	25%
- Amputation de la main	50%	40%
PARALYSIE TOTALE DU MEMBRE SUPÉRIEUR	60%	50%
MEMBRES INFÉRIEURS	TAUX	
- Amputation haute de cuisse non appareillable		55%
- Amputation haute de cuisse appareillable		45%
- Raccourcissement du fémur jusqu'à 50 mm		8%
- Amputation d'un pied		30%
- Perte des cinq orteils		15%
- Amputation du gros orteil avec son métatarsien		10%
- Ankylose du genou		25%
- Genou ballant		30%
- Ankylose de la cheville		10%

Pour toutes les lésions non prévues dans ce barème : se référer au barème de droit commun