ASSURANCE SCOLAIRE

activités sociales de l'énergie

CCAS

PROTÉGEZ VOS ENFANTS PENDANT LEURS ACTIVITÉS SCOLAIRES ET EXTRA-SCOLAIRES

CONDITIONS GÉNÉRALES

satec courtier en assurances

AXA

Contrat Groupe souscrit
par la CCAS auprès d'AXA France IARD

COORDONNÉES

Votre courtier : SATEC

Vos interlocuteurs

Pour souscrire un nouveau contrat, assurer un enfant supplémentaire ou obtenir des informations sur nos produits

Tél. : 0 970 809 770[1]

Du lundi au vendredi de 8 h 30 à 18 h 00

Pour information, modification ou changement d'adresse sur contrats en cours

Centre de Service et d'Expertise

CCAS VÉHICULES & HABITATIONS
TSA 71400
75458 Paris Cedex 09

Tél. : 0 970 809 770[1]

Fax : 01 64 73 46 45

service.ccasautohab@axa.fr

Du lundi au vendredi de 8 h 30 à 18 h 00

Pour déclarer un sinistre ou obtenir des informations sur un dossier de sinistre en cours

Service Sinistres

Illico Presto
26, rue Drouot
75458 Paris Cedex 09

Tél. : 0 970 809 669[1]

Fax : 01 30 82 85 90

Du lundi au vendredi de 8 h 30 à 18 h 00

Assistance aux personnes 24 h/24 et 7 j/7

AXA Assistance France
6, rue André Gide
92321 Châtillon Cedex

Tél. : 01 55 92 19 15

Fax : 01 55 92 40 60

(1) Numéros non surtaxés

PRÉAMBULE

Le présent document constitue les **Conditions générales** du contrat réservé aux bénéficiaires des activités sociales, élaboré sous l'égide de la CCAS en conformité avec les dispositions du contrat groupe n° 12353228 souscrit par la CCAS par l'intermédiaire de SATEC.

Ces **Conditions générales** précisent les droits et obligations de chacune des parties et donnent l'étendue de l'ensemble des garanties proposées.

Elles sont nécessairement complétées des **Conditions particulières** qui adaptent et complètent les Conditions générales.

Le présent contrat est soumis aux dispositions du Code des assurances.

Commission de contrôle

L'autorité chargée du contrôle de l'assureur désigné aux Conditions particulières est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - ACPR - situé 4, place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.

Les mots soulignés dans le présent texte renvoient au chapitre « Lexique ». Les mots qui figurent dans ces Conditions générales sous l'intitulé « Lexique » ont toujours dans le texte le sens correspondant à leur définition.

SOMMAIRE

CHAPITRE 1 - Étendues territoriales 3

CHAPITRE 2 - Informations générales 4
2.1. - Qui peut souscrire ? 4
2.2. - Qui est assuré ? 4

CHAPITRE 3 - Les garanties 5
3.1. - L'individuelle contre les accidents corporels 5
3.2. - L'assistance aux personnes 5

CHAPITRE 4 - Indemnisation 12
4.1. - Dommages subis par l'enfant ou l'étudiant assuré 12
4.2. - Versement de l'indemnité 13

CHAPITRE 5 - Les exclusions générales 14

CHAPITRE 6 - Vie du contrat 15
6.1. - Conclusion, durée et résiliation du contrat 15
6.2. - Déclarations 16
6.3. - Cotisations 17
6.4. - Limites des garanties 17
6.5. - Sinistres 17
6.6. - Subrogation 18
6.7. - Prescription 18
6.8. - Examen des réclamations 18

CHAPITRE 7 - Limites de garanties 19

CHAPITRE 8 - Lexique 20

CHAPITRE 9 - Modèles de lettre de renonciation 21

CHAPITRE 1
Étendues territoriales

Les garanties de votre contrat s'appliquent :
Dans le Monde Entier

CHAPITRE 2
Informations générales

2.1. - QUI PEUT SOUSCRIRE ?

La faculté de souscrire, **pour leurs enfants,** ce contrat individuel régi par le contrat groupe souscrit par la CCAS auprès de l'assureur est ouverte aux bénéficiaires des activités sociales de la CCAS.
Ces personnes seront ci-après désignées : « souscripteur ».
Chaque souscripteur individuel peut se faire communiquer, à sa demande, par lettre simple les Conditions générales du contrat groupe souscrit par la CCAS auprès de l'assureur.

2.2. - QUI EST ASSURÉ ?

On entend par assuré :

- les enfants du souscripteur du contrat, de son conjoint, son concubin ou co-signataire d'un PACS, ainsi que toutes personnes en ayant la garde légale.

CHAPITRE 3
Les garanties

3.1. - L'INDIVIDUELLE CONTRE LES ACCIDENTS CORPORELS

Ce qui est garanti

Lorsque l'élève ou l'étudiant assuré est victime d'un dommage corporel à la suite d'un accident couvert par le présent contrat :

Le versement d'un capital en cas de décès, en cas d'infirmité permanente totale ou partielle.

Vous avez également droit à cette prestation en cas de :

- poliomyélite ou méningite cérébro-spinale d'origine microbienne diagnostiquée au plus tôt 1 mois après la date d'effet du contrat ;
- ou en cas de maladie consécutive à un accident corporel ou à une vaccination obligatoire.

Le remboursement des frais de traitement. Il s'agit :

- des frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation ;
- des frais pharmaceutiques.

Les frais de transport

- ambulance ou taxi entre le lieu de l'accident et l'hôpital le plus proche ;
- conduite à l'école entre le domicile et l'établissement scolaire.

Le bris ou la perte de lunettes, le bris ou la perte de lentilles cornéennes non jetables.

Les frais de prothèse dentaire.

Les frais de prothèse auditive.

Le remplacement d'appareil d'orthodontie.

Les frais de rattrapage scolaire.

Sont également garantis les dommages corporels résultant de la conduite de cyclomoteurs d'une cylindrée inférieure à 50 cm^3, contrairement aux exclusions générales de ce contrat.

Les indemnités en cas de décès et d'incapacité permanente se cumulent avec celles que l'élève ou l'étudiant assuré pourrait recevoir du responsable de l'accident, d'un autre assureur ou de la Sécurité sociale.

Ce qui n'est pas garanti :

3.1.1. Les dommages consécutifs à :

- **l'usage, par l'élève ou l'étudiant assuré, de stupéfiants non prescrits médicalement,**
- **un état alcoolique, à savoir lorsque le taux d'alcoolémie est punissable d'au moins**
- **une contravention de la 4e classe.**

3.1.2. Les accidents consécutifs au suicide ou à la tentative de suicide.

3.1.3. Les activités sportives pratiquées à titre professionnel.

3.1.4. La pratique des sports aériens.

3.2. - L'ASSISTANCE AUX PERSONNES

Dans le monde entier et pour les séjours inférieurs à 90 jours, en cas de maladie imprévisible ou d'accident corporel, une garantie « Assistance aux personnes » vous est offerte.

Pour bénéficier de l'ensemble des garanties ci-après énumérées, il est impératif de contacter, préalablement à toute intervention, le Service d'assistance lors de l'incident,

- **par téléphone au 01 55 92 19 15,**
- **ou par fax au 01 55 92 40 60,**

afin d'obtenir un numéro de dossier qui seul justifiera une prise en charge.

3.2.1. Comment bénéficier des prestations

- Le souscripteur du présent contrat résidant en France métropolitaine (y compris Monaco), son conjoint ou concubin notoire ou co-signataire d'un PACS, ses ascendants au premier degré vivant sous le même toit, ses descendants au premier degré à charge au sens fiscal du terme ou vivant sous le même toit, voyageant ensemble ou séparément, bénéficient des prestations d'assistance aux personnes.
- Les prestations d'assistance destinées aux personnes sont acquises **sans franchise kilométrique** et pour le monde entier.
- **Les séjours et voyages hors France métropolitaine et Monaco supérieurs à 90 jours consécutifs ne sont pas couverts.**

3.2.2. Les prestations

Assistance médicale

Domaine d'intervention

En cas de maladie imprévisible ou d'accident corporel survenant à un bénéficiaire, dès le 1er appel, l'équipe médicale d'assistance se met, le cas échéant, en rapport avec le médecin traitant sur place afin d'intervenir dans les conditions les mieux adaptées à l'état du malade ou du blessé.

Dans tous les cas, l'organisation des premiers secours est à la charge des autorités locales. Les frais correspondants ne sont pas remboursés par le Service Assistance.

Rapatriement sanitaire/transport médical

Lorsque l'équipe médicale d'assistance décide du transport du bénéficiaire vers un autre centre médical mieux équipé ou plus spécialisé ou vers le centre médical le plus proche du domicile en France métropolitaine, et si l'état médical du bénéficiaire le permet, le Service Assistance organise et prend en charge l'évacuation selon la gravité du cas par :

- train 1re classe, couchette ou wagon-lit ;
- véhicule sanitaire léger ;
- ambulance ;
- avion sanitaire.

Si le contexte médical l'impose, après rapatriement, le Service Assistance organise et prend en charge le transport médicalisé du bénéficiaire en état de quitter le centre médical se trouvant en dehors de son secteur hospitalier jusqu'à son domicile en France métropolitaine, et ce par les moyens les plus appropriés selon la décision des médecins du Service Assistance.

La décision du transport et des moyens à mettre en œuvre est prise par les médecins du Service Assistance en fonction des seuls impératifs techniques et médicaux.

Aucun transfert ne peut être effectué sans l'accord préalable de l'intéressé ou d'un membre de sa famille, exception faite des états comateux nécessitant un transfert d'urgence.

Tout refus de la solution proposée par la direction médicale du Service Assistance en collaboration avec les différents médecins concertés entraîne l'annulation de la garantie d'assistance aux personnes.

En cas de rapatriement ou de transport, le Service Assistance peut demander au bénéficiaire d'utiliser son titre de transport si ce dernier peut être modifié. Dans le cas contraire, et lorsque le Service Assistance a pris en charge le retour, le bénéficiaire doit impérativement lui remettre le remboursement du titre de transport non utilisé qu'il devra obtenir dans un délai de 2 mois.

Prolongations de séjour

Suite à une hospitalisation et/ou dans l'attente d'un rapatriement, si l'état du bénéficiaire ou si les circonstances l'exigent, le Service Assistance prend en charge les frais de prolongation de séjour

à l'hôtel (chambre et petit-déjeuner), à concurrence de 46 € TTC par jour et par bénéficiaire, dans la limite de 458 € TTC, et après accord des médecins du Service Assistance.

Intervention d'un médecin sur place

Si l'état du bénéficiaire ou si les circonstances l'exigent, le Service Assistance envoie un médecin ou une équipe médicale afin de mieux juger des mesures à prendre et de les organiser.

Remboursement des frais médicaux à l'étranger

En application de la législation en vigueur, ces remboursements de frais n'interviennent qu'en complément des remboursements obtenus par le bénéficiaire (ou ses ayants droit) auprès de la Sécurité sociale et de tout autre organisme de prévoyance auquel il est affilié (mutuelle ou autre).

Le remboursement des frais médicaux à l'étranger étant une garantie complémentaire, elle ne s'applique pas lorsque le bénéficiaire ne relève d'aucun régime de prévoyance.

Le paiement complémentaire de ces frais n'est fait par le Service Assistance au bénéficiaire à son retour en France qu'après recours aux organismes prévus au paragraphe précédent, sur présentation de toutes pièces justificatives originales.

Le Service Assistance rembourse à chaque bénéficiaire, sous déduction d'une franchise de 23 € TTC, les frais suivants, à hauteur de 7 623 € TTC (ces dispositions concernent les frais engagés à la suite d'un accident ou d'une maladie ayant un caractère imprévisible, survenu pendant la durée de validité du contrat ; elles ne concernent pas les frais médicaux engagés pour un traitement prescrit en France avant le départ ou nécessitant un contrôle médical régulier) :

- frais médicaux et d'hospitalisation ;
- médicaments prescrits par un médecin ou chirurgien ;
- soins dentaires urgents à concurrence de 77 € TTC ;
- frais d'ambulance sur place ordonnés par un médecin, trajet local, autres que ceux de premiers secours.

Le montant de la garantie des frais médicaux est porté à 76 225 € TTC pour les bénéficiaires se trouvant dans les pays situés sur les continents Amériques, Asie et Océanie, et jugés intransportables par avion de ligne régulière par l'équipe médicale du Service Assistance.

Avance des frais médicaux à l'étranger

Si le bénéficiaire est hospitalisé, le Service Assistance peut procéder à l'avance des frais d'hospitalisation ou à un règlement direct au centre hospitalier à l'étranger dans la limite du montant garanti.

Si le Service Assistance procède à l'avance des frais d'hospitalisation ou à un règlement direct, le bénéficiaire s'engage, dans un délai d'1 mois suivant la réception des factures, à effectuer les démarches nécessaires au recouvrement de ces frais auprès de la Caisse de Sécurité sociale ou tout autre organisme de prévoyance auquel il est affilié (mutuelle ou autre) et à reverser au Service Assistance le montant des sommes recouvrées.

L'avance des frais médicaux à l'étranger relevant d'une garantie complémentaire, lorsque le bénéficiaire ne relève d'aucun régime de prévoyance, il s'engage, dans un délai d'1mois suivant la réception des factures, à rembourser au Service Assistance la totalité des sommes avancées.

Envoi de médicaments

Lorsque le bénéficiaire est en déplacement hors de France métropolitaine ou Monaco, le Service Assistance recherche en France métropolitaine les médicaments indispensables, prescrits par le médecin traitant habituel, ou leurs équivalents introuvables sur place, et les expédie dans les plus brefs délais sous réserve des disponibilités, des contraintes des législations locales et disponibilité des moyens de transport.

Cette prestation est garantie pour les demandes ponctuelles mais ne peut être garantie dans le cadre de traitements de longue durée qui nécessiteraient des envois réguliers ou d'une demande de vaccins.

Seuls les frais de recherche, de contrôle, d'emballage, d'expédition et de transport sont pris en charge par le Service Assistance. Le coût des médicaments est à la charge du bénéficiaire.

Le bénéficiaire s'engage à rembourser au Service Assistance le prix de ces médicaments majoré des frais éventuels de dédouanement, dans un délai maximum de 30 jours calculé à partir de la date d'expédition.

Remboursement des frais de secours sur piste

En cas d'accident sur une piste de ski, le Service Assistance rembourse au bénéficiaire, sur présentation d'un justificatif original, les frais de secours sur piste du lieu de l'accident jusqu'au entre de soins le plus proche, et ce dans la limite de 305 € TTC.

Toute intervention venant à la suite d'un secours sur piste doit, pour être prise en charge par le Service Assistance, bénéficier de l'accord de ce dernier, exception faite des transferts vers un centre hospitalier effectués alors que le bénéficiaire n'est pas consulté ou en état de contacter le Service Assistance.

Assistance transport

Retour des bénéficiaires accompagnant le rapatrié

Lorsqu'un bénéficiaire est pris en charge par le Service Assistance, dans les conditions définies au chapitre « Rapatriement sanitaire/Transport médical » ou « Rapatriement du corps en cas de décès », le Service Assistance organise et prend en charge le retour par train 1re classe ou avion classe économique d'un ou des bénéficiaires accompagnant le rapatrié.

En cas de rapatriement ou de transport, le Service Assistance peut demander aux bénéficiaires d'utiliser leur titre de transport si ce dernier peut être modifié. Dans le cas contraire, et lorsque le Service Assistance a pris en charge le retour, les bénéficiaires doivent impérativement lui remettre le remboursement du titre de transport non utilisé qu'ils devront obtenir dans un délai de 2 mois.

Mise à disposition d'un billet aller-retour pour un proche

Si l'état du malade ou du blessé ne permet ou ne nécessite pas son rapatriement, si l'hospitalisation locale doit être supérieure à 10 jours consécutifs, et s'il n'est pas accompagné d'un parent proche (conjoint, concubin ou co-signataire d'un PACS, père, mère, grands-parents, enfants majeurs), le Service Assistance met à la disposition d'une personne proche du bénéficiaire et résidant en France métropolitaine un billet aller-retour en avion classe économique ou en train 1re classe, pour se rendre sur place.

Le Service Assistance prend également en charge les frais d'hébergement du proche du bénéficiaire pendant 10 nuitées maximum, à raison de 46 € TTC (chambre et petit-déjeuner) par nuit pour une seule personne.

Le Service Assistance peut prendre en charge, dans les mêmes conditions, ces frais d'hébergement pour un proche voyageant avec le bénéficiaire et restant à son chevet.

La durée de prise en charge de ces frais ne peut en aucun cas être supérieure à la durée d'hospitalisation du bénéficiaire.

En cas de décès du bénéficiaire, le Service Assistance prend en charge un billet aller-retour pour un membre de la famille qui se rendrait sur place pour la reconnaissance du décédé ou son inhumation sur place. Dans ce cas, le Service Assistance prend en charge les frais d'hôtel de cette personne pendant 2 nuitées, à raison de 46 € TTC par nuit (chambre et petit-déjeuner). Cette prestation ne peut être mise en œuvre que si le bénéficiaire est seul sur place avant son décès.

Le Service Assistance prend en charge les frais de transport et d'hôtel (chambre et petit-déjeuner) à l'exception de tout autre frais.

Rapatriement du corps en cas de décès

En cas de décès du bénéficiaire, le Service Assistance organise et prend en charge le transport de la dépouille mortelle jusqu'au lieu d'inhumation en France métropolitaine. Le Service Assistance prend également en charge le coût du cercueil, lié au transport organisé par l'assistance, à hauteur de 763 € TTC maximum.

Tous les autres frais, notamment ceux de cérémonie, d'obsèques, d'incinération, d'inhumation et de convois locaux ne sont pas pris en charge.

Le choix des sociétés intervenant dans le processus de rapatriement (pompes funèbres, transporteurs, etc.) est du ressort exclusif du Service Assistance.

Retour anticipé en cas de décès d'un parent ou d'hospitalisation supérieure à 10 jours

Lorsque le bénéficiaire est en voyage, en cas de décès ou d'hospitalisation supérieure à 10 jours de l'une des personnes suivantes : père, mère, beaux-parents, conjoint, concubin ou co-signataire d'un PACS, enfant, frère, sœur, grands-parents, petits-enfants, résidant en France métropolitaine, le Service Assistance met à la disposition du bénéficiaire et des enfants mineurs qui l'accompagnent éventuellement, un titre de transport aller-retour en avion classe économique ou en train 1re classe, pour assister aux obsèques, au lieu d'inhumation en France métropolitaine ou lui rendre visite en cas d'hospitalisation.

Cette garantie ne s'applique que lorsque l'hospitalisation ou le décès est postérieur à la date de départ du bénéficiaire.

Accompagnement des enfants de moins de 16 ans

Si la (ou les) personne(s) accompagnant les enfants de moins de 16 ans se trouve(nt) dans l'impossibilité de s'occuper d'eux par suite de maladie soudaine et imprévisible, d'accident, de décès, le Service Assistance organise et met à la disposition d'une personne résidant en France métropolitaine et désignée par la famille un billet aller-retour en avion classe économique ou en train 1re classe, pour aller chercher les enfants et les ramener à leur domicile.

Dans le cas où il est impossible de joindre une des personnes mentionnées ci-dessus ou si celles-ci sont dans l'impossibilité d'effectuer le voyage, le Service Assistance envoie une hôtesse pour prendre les enfants en charge et les ramener à la garde de la personne désignée par le bénéficiaire ou les ayants droit.

Assistance voyage et juridique à l'étranger

Assistance juridique

Si un bénéficiaire est incarcéré ou menacé de l'être à la suite d'un accident de la circulation, le Service Assistance désigne un homme de loi et prend en charge ses honoraires à concurrence de 1 525 € TTC.

Avance de la caution pénale

Si, à la suite d'un accident de la circulation, un bénéficiaire est incarcéré ou menacé de l'être, le Service Assistance fait l'avance de la caution pénale à concurrence de 11 434 €.

Le Service Assistance accorde au bénéficiaire, pour le remboursement de cette somme, un délai de 3 mois, à compter du jour de l'avance.

Si cette caution est remboursée avant ce délai par les autorités du pays, elle devra aussitôt être restituée au Service Assistance. Si le bénéficiaire cité devant le tribunal ne se présente pas, le Service Assistance exigera immédiatement le remboursement de la caution qu'elle n'aura pu récupérer du fait de la non-présentation de celui-ci.

Des poursuites pourront être engagées si le remboursement de la caution n'est pas effectué dans le délai prévu.

Avance de fonds

En cas de perte ou de vol d'effets personnels (titres de paiement, documents d'identité, bagages), déclaré aux autorités de police locales, le Service Assistance peut procéder à une avance en devises à concurrence de 763 €, contre un chèque de paiement d'un montant équivalent, pour permettre au bénéficiaire de faire face aux dépenses indispensables.

Assistance retour

En cas de perte ou de vol d'un titre de transport, après déclaration aux autorités locales, le Service Assistance met tout en œuvre pour faire parvenir, sur caution déposée en France métropolitaine, un titre de transport non négociable dont il est fait l'avance.

Si nécessaire et dans la limite de la caution, le Service Assistance effectue directement l'avance des frais d'hôtel à l'étranger.

En cas de perte ou de vol des papiers d'identité nécessaires au retour au domicile, après déclaration aux autorités locales, le Service Assistance met tout en œuvre pour aider le bénéficiaire dans ses démarches.

3.2.3. Exclusions

Exclusions générales de l'assistance aux personnes

Ne sont pas pris en charge :

- les frais de restauration ;
- les frais de carburant, péage, traversée en bateau ;
- les frais de taxis sauf ceux prévus explicitement dans la convention d'assistance ;
- les frais de douane sauf ceux ayant fait l'objet d'un accord préalable du Service Assistance ;
- les frais relatifs à la perte ou au vol de titres de transport, papiers d'identité, papiers divers et bagages ;
- les dommages provoqués intentionnellement par les bénéficiaires ;
- les accidents liés à la participation à des compétitions sportives et à leurs essais ;
- les frais de recherche en mer et en montagne ;
- tout autre frais non prévu au titre des garanties accordées.

Exclusions médicales

Ne donnent pas lieu à l'intervention du Service Assistance :

- les affections bénignes traitables sur place ;
- les affections en cours de traitement et les états de convalescence non consolidés ;
- les contrôles et/ou traitements d'une affection qui ont été programmés avant le départ du domicile sur le lieu du séjour ;
- les examens au titre d'un dépistage (prévention, check-up, amniocentèses) ;
- les états de grossesse à moins d'une complication imprévisible, mais dans tous les cas : les grossesses et leurs éventuelles complications après le 6e mois, les interruptions volontaires de grossesse, les accouchements à terme, les grossesses par procréation médicalement assistée.
- les affections psychiatriques, les syndromes dépressifs et leurs conséquences ;
- les conséquences de l'usage d'alcool ;
- les conséquences de l'usage de drogue ou de stupéfiants non prescrits médicalement ;

les tentatives de suicide et leurs complications.

Ne sont pas pris en charge :

- les interventions d'ordre esthétique et les frais de prothèse en général ;
- les frais de cure thermale, séjours en maison de repos, les frais de rééducation ;
- les frais médicaux engagés en France métropolitaine, principautés de Monaco et Andorre ;
- les frais de lunettes ou de lentilles ;
- les frais médicaux inférieurs à 23 € TTC.

Néanmoins, le bénéficiaire peut demander au Service Assistance d'organiser le rapatriement et les frais engagés sont alors supporté par lui.

Seule, l'équipe médicale du Service Assistance peut accepter ou non le rapatriement.

Pour bénéficier des prestations de son régime de prévoyance, le bénéficiaire doit faire le nécessaire avant son départ à l'étranger pour se munir de sa carte européenne d'assurance maladie ou de tout autre formulaire offrant des garanties similaires. Ces documents sont délivrés par les Caisses d'Assurance Maladie des bénéficiaires.

Exclusions assistance voyage et juridique à l'étranger

Ne sont pas garantis

- **le montant des condamnations et de leurs conséquences ;**
- **le bénéficiaire s'il était au moment des faits sous l'emprise d'alcool et/ou de stupéfiant selon la législation locale applicable ;**
- **le bénéficiaire s'il commet un acte répréhensible délibéré ;**
- **le bénéficiaire s'il saisit un mandataire ou une juridiction sans l'accord du Service Assistance,** sauf mesures conservatoires justifiées.

3.2.4. Cadre juridique

Subrogation

Toute personne bénéficiant des prestations dans la présente convention subroge le Service Assistance dans ses droits et obligations contre tout tiers responsable, à concurrence des sommes prises en charge au titre des prestations.

Prescription

Toutes actions dérivant de la présente convention sont prescrites dans un délai de 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Attribution de juridiction

Toute contestation qui pourra s'élever concernant l'exécution de la présente convention sera portée devant le tribunal compétent.

Toutefois, les parties auront la faculté de se soumettre à un arbitrage.

Loi informatique et libertés

Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, le souscripteur bénéficiera d'un droit d'accès et de rectification pour les données le concernant auprès d'AXA Assistance.

CHAPITRE 4
Indemnisation

4.1. - DOMMAGES SUBIS PAR L'ENFANT OU L'ÉTUDIANT ASSURÉ

4.1.1. Invalidité permanente totale ou partielle

Le taux d'incapacité permanente est :

- déterminé dès que l'état de la victime est consolidé, après examen par le médecin de l'assureur.

  En cas de désaccord sur ses conclusions, vous devez accepter de soumettre le différend à un médecin désigné d'un commun accord.

  En cas de difficulté sur ce choix, la désignation sera faite par le Président du Tribunal de Grande Instance ;
- fixé d'après le barème « Concours Médical » édition 1993, de manière définitive sans révision possible et compte tenu des possibilités d'aggravation des séquelles.

Le taux d'incapacité devra être déterminé en France, même si l'accident est survenu hors de ce pays.

Le montant de l'indemnité est égal au capital garanti multiplié par le taux d'incapacité retenu.

Le montant du capital garanti croît avec l'importance de l'incapacité permanente et est indiqué au tableau des garanties page 20.

La lésion de membres ou d'organes déjà infirmes au moment de l'accident n'est indemnisée que pour la différence entre l'état avant et après cet accident. Il ne doit pas être tenu compte d'un état antérieur d'infirmité pouvant affecter d'autres membres ou organes.

En cas d'incapacités multiples relevant d'un même accident, l'incapacité principale étant évaluée compte tenu des dispositions ci-dessus, les autres incapacités sont estimées successivement d'après la capacité restante, après déduction des précédentes.

L'indemnité est payée dès la date de consolidation, c'est-à-dire le moment à partir duquel l'état de la victime est considéré comme stabilisé, de façon définitive et permanente et qu'il n'est plus possible d'attendre de la poursuite des soins une amélioration.

4.1.2. Décès

En cas de décès, l'assureur verse aux ayants droit de l'élève ou de l'étudiant assuré le capital indiqué aux Conditions particulières.

Si l'accident entraîne, dans les 24 mois, le décès de l'élève ou de l'étudiant assuré et si la victime a déjà bénéficié de l'indemnité pour incapacité permanente, le capital diminué de cette indemnité sera versé.

4.1.3. Frais de traitements médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation

L'assureur règle la différence entre le tarif convention de la Sécurité sociale (en vigueur au moment de l'accident) multiplié par le pourcentage indiqué aux Conditions particulières et le montant des prestations remboursées à l'assuré par son régime obligatoire sur la base du tarif convention.
Ces frais sont garantis pendant 300 jours au maximum.

4.1.4. Prothèse dentaire, appareil d'orthodontie, prothèse auditive, bris ou perte de lunettes ou de lentilles

L'assureur rembourse à concurrence de la somme indiquée aux Conditions particulières.

4.1.5. Aide pédagogique

Si l'élève ou l'étudiant assuré doit, sur prescription médicale, interrompre ses études à la suite d'un événement garanti, l'assureur verse une indemnité qui l'aidera à faire face aux frais de rattrapage. Cette indemnité sera versée dans la limite des frais engagés, et à concurrence du montant indiqué aux Conditions particulières, à compter du 11e jour d'arrêt de ses études jusqu'à la fin du 10e mois.

4.1.6. Frais de transport

En ambulance ou taxi

L'assureur rembourse les frais de transport engagés entre le lieu de l'accident et l'hôpital le plus proche, à concurrence de la somme indiquée aux Conditions particulières.

Conduite à l'école

À la suite d'un événement garanti, si l'élève ou l'étudiant assuré est autorisé à fréquenter son établissement scolaire et ne peut utiliser les moyens de transport habituels pour une durée supérieure à 5 jours, l'assureur rembourse les frais de transport engagés pour se rendre de son domicile à son établissement scolaire.

Cette indemnité sera versée dans la limite des frais engagés, à concurrence du montant indiqué dans le tableau « Limites de garanties » des présentes Conditions générales.

4.2. - VERSEMENT DE L'INDEMNITÉ

L'assureur s'engage à verser l'indemnité qui est due dans les 30 jours qui suivent l'accord amiable ou une décision judiciaire exécutoire.

Ce délai court à partir du jour où vous avez fourni l'ensemble des pièces justificatives nécessaires au paiement.

En cas d'opposition, le délai court à partir du jour où cette opposition est levée.

CHAPITRE 5
Les exclusions générales

Ne sont pas garantis

5.1. Les dommages ou leurs aggravations résultant :

- du fait intentionnel de l'assuré ou de sa complicité ;
- de la participation de l'assuré à une bagarre (sauf cas de légitime défense), à une émeute ou à un mouvement populaire ;
- des activités qui ne relèvent pas de la vie privée (à l'exception des stages d'études) :
  - activités professionnelles exercées ou non à titre temporaire,
  - exercées à titre lucratif ou syndical,
  - liées à une fonction publique ou d'organisation de manifestations ouvertes au public,
- de la chasse (y compris la destruction d'animaux nuisibles lorsqu'elle relève du champ d'application du contrat Responsabilité Civile chasse) ;
- de la conduite de véhicules terrestres à moteur soumis à l'obligation d'assurance, ainsi que leur remorque, ou résultant de leur utilisation ;
- de la guerre étrangère ou civile.

5.2. Les dommages causés par tout combustible nucléaire ou par toute autre source de rayonnements ionisants.

En outre, les amendes et pénalités ne sont pas couvertes.

CHAPITRE 6
Vie du contrat

6.1. - CONCLUSION, DURÉE ET RÉSILIATION DU CONTRAT

6.1.1. Votre contrat est constitué

- par les présentes Conditions générales qui précisent nos droits et obligations réciproques ;
- par les Conditions particulières qui adaptent et complètent ces Conditions générales.

Elles indiquent la société d'assurance auprès de laquelle le contrat d'assurance est souscrit, dénommée l'assureur.

De plus, le présent contrat est régi par le Code des assurances.

6.1.2. Quand le contrat prend-il effet ?

Votre contrat prend effet à la date indiquée aux Conditions particulières.

La garantie vous est acquise à compter de la date de réception du paiement de la cotisation.

6.1.3. Quelle est la durée du contrat ?

Il s'arrête de plein droit à la date indiquée aux Conditions particulières.
Au moins 1 mois avant la date de fin de contrat, il vous sera proposé de reconduire celui-ci pour une durée d'1 an.

Dans l'éventualité ou le contrat groupe N° 12353228 serait résilié à l'initiative de la CCAS ou de l'assureur, aucune proposition de reconduction ne vous serait faite par l'assureur.

6.1.4. Comment mettre fin au contrat ?

Chacune des parties peut mettre fin au contrat en respectant les règles fixées par le Code des assurances.

6.1.5. Important

En cas de perte de la qualité de bénéficiaire des activités sociales de la CCAS :

Le contrat groupe élaboré sous l'égide de la CCAS étant réservé aux bénéficiaires des activités sociales de la CCAS, si le titulaire au contrat ne répond plus aux critères définis au chapitre « qui peut souscrire ? », aucune reconduction ne sera possible pour l'année suivante. Vous devez vous rapprocher de votre Centre de Service et d'Expertise si vous n'êtes plus bénéficiaire des activités sociales de la CCAS.

6.1.6. Contrats conclus à distance

Le texte ci-après a été introduit afin de permettre à l'assureur de respecter son devoir d'information à l'égard du souscripteur qui reconnaît avoir demandé expressément la prise d'effet des garanties à la date figurant en tête des Conditions particulières jointes.

Constitue une fourniture d'opération d'assurance, telle que définie par l'article L 112-2-1 du Code des assurances, la fourniture d'assurance auprès d'un souscripteur, personne physique, qui agit en dehors de toute activité commerciale ou professionnelle, dans le cadre d'un système de vente ou de prestation de services à distance organisé par l'assureur ou l'intermédiaire d'assurance qui, pour ce contrat, utilise exclusivement des techniques de communication à distance jusqu'à, y compris, la conclusion du contrat.

Il est précisé que, conformément aux dispositions de l'article L 112-2-1 du Code des assurances, les règles concernant la fourniture d'opération d'assurance à distance :

- **ne s'appliquent qu'au 1er contrat, pour les contrats à durée déterminée suivis d'autres contrats de même nature, échelonnées dans le temps, sous condition que pas plus d'1 an ne se soit écoulé entre 2 contrats ;**
- **Ne s'appliquent qu'en vue et lors de la conclusion du contrat initial, pour les contrats renouvelables par tacite reconduction.**

En cas de fourniture d'opération d'assurance à distance, le souscripteur doit recevoir de l'assureur ou l'intermédiaire d'assurance, par écrit ou sur un autre support durable en temps utile et avant tout engagement, les conditions contractuelles ainsi que les informations mentionnées à l'article L 112-2-1 III du Code des assurances.

Si le contrat a été conclu à la demande du souscripteur en utilisant une technique de communication à distance ne permettant pas la transmission des informations précontractuelles et contractuelles sur un support papier ou sur un autre support durable, l'assureur ou l'intermédiaire doit exécuter ses obligations de communication immédiatement après la conclusion du contrat.

En cas de fourniture d'opération d'assurance à distance, le souscripteur dispose d'un droit de renonciation dans les conditions prévues par l'article L 112-2-1 du Code des assurances. Il peut renoncer au contrat dans un délai de 14 jours calendaires révolus, sans motif ni pénalités.

Ce délai commence à courir :

a) soit à compter du jour où le contrat à distance est conclu ;

b) soit à compter du jour où le souscripteur reçoit les conditions contractuelles et les informations, conformément à l'article L 121-20-11 du Code de la consommation, si cette dernière date est postérieure à celle mentionnée au a).

Par dérogation, ce droit de renonciation ne s'applique pas :

- aux polices d'assurance voyage ou bagage ou aux polices similaires à court terme d'une durée inférieure à 1 mois ;
- aux contrats d'assurance de responsabilité civile des Véhicules Terrestres à Moteur ;
- aux contrats exécutés intégralement par les 2 parties à la demande expresse du souscripteur avant que ce dernier n'exerce son droit de renonciation.

Les contrats pour lesquels s'applique le délai de renonciation ne peuvent recevoir de commencement d'exécution par les parties avant l'arrivée du terme de ce délai, sans l'accord du souscripteur.

Quand bien même le souscripteur aurait demandé la prise d'effet immédiate des garanties du contrat, l'assureur s'engage à lui reverser le montant de la cotisation éventuellement réglée, s'il entendait en définitive exercer son droit de renonciation dans les 14 jours calendaires révolus suivant la date figurant en tête des Conditions particulières.

Le souscripteur qui souhaite mettre en œuvre son droit de renonciation peut utiliser à cet effet le modèle de lettre inséré aux présentes Conditions générales et la renvoyer dûment complétée et signée par lettre recommandée avec accusé de réception à son interlocuteur AXA.

6.2. - DÉCLARATIONS

6.2.1. À la souscription

Le contrat est établi selon vos déclarations qui figurent aux Conditions particulières.

6.2.2. En cours de contrat

Si des modifications surviennent, elles doivent être signalées par lettre recommandée à votre Centre de Service et d'Expertise dès que vous en avez connaissance.

6.2.3. Attention

Toute fausse déclaration intentionnelle, omission ou déclaration inexacte des circonstances du risque entraîne l'application des sanctions prévues par le Code des assurances :

- **la réduction des indemnités si vous êtes de bonne foi ;**
- **la nullité du contrat si votre mauvaise foi est établie.**

6.3. - COTISATIONS

Le montant de la cotisation est indiqué aux Conditions particulières à la souscription, puis sur chaque avis d'échéance les années suivantes.

Les cotisations sont payables d'avance, à l'assureur.

6.4. - LIMITES DES GARANTIES

Le montant des garanties est réévalué à compter de chaque échéance principale proportionnellement au taux d'évolution de la valeur du point du régime de retraite de l'AGIRC (Association Générale des Institutions de Retraite des Cadres) ou de tout autre indice qui lui serait substitué.

6.5. - SINISTRES

6.5.1. Dans quel délai devez-vous déclarer le sinistre ?

Vous devez déclarer au Service Sinistres Illico Presto le sinistre dès que vous en avez connaissance et au plus tard dans les 5 jours ouvrés.

Lorsque le sinistre n'est pas déclaré dans les délais prévus, vous perdez votre droit à indemnité, si l'assureur établit que ce retard lui a causé un préjudice.

6.5.2. Comment et à qui devez-vous déclarer le sinistre ?

Vous devez déclarer le sinistre, par écrit et de préférence par lettre recommandée, au Service Sinistres Illico Presto.

Vous devez, à cette occasion, lui préciser :

- la date, les circonstances et les causes connues ou supposées du sinistre ;
- la nature et si possible le montant approximatif des dommages ;
- les noms et adresses des personnes lésées ;
- les références de votre contrat et l'existence éventuelle d'autres contrats couvrant le même risque ;
- les noms et adresses de l'auteur du sinistre ainsi que ceux des victimes ou des témoins.

Et lui transmettre :

- tous documents nécessaires à l'expertise ou concernant le sinistre dès que vous les recevez ;
- le certificat du médecin appelé à donner les premiers soins ;
- toutes les pièces justificatives des frais de traitement ou d'hospitalisation.

Sanctions

Si vous ne respectez pas les obligations prévues ci-avant, l'assureur peut vous réclamer une indemnité correspondant au préjudice subi.

Si de mauvaise foi vous faites de fausses déclarations sur la nature, les causes, les circonstances ou les conséquences du sinistre, vous êtes entièrement déchu de tout droit à garantie pour ce sinistre.

6.6. - SUBROGATION

L'assureur se substitue à vous, à concurrence de l'indemnité payée, dans l'exercice de vos droits et actions à l'encontre de tout tiers responsable des dommages.

Si par votre fait ces droits et actions ne peuvent plus être exercés, la garantie cesse de vous être acquise pour la partie non récupérable.

Cependant, l'assureur ne peut exercer aucun recours contre vos enfants, descendants, ascendants, alliés en ligne directe et généralement toutes personnes vivant habituellement chez vous, sauf cas de malveillance commise par l'une de ces personnes.

6.7. - PRESCRIPTION

Toute action dérivant du contrat d'assurance est prescrite par 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance ou du jour ou vous ou l'assureur en a eu connaissance.

La prescription peut être interrompue par une des causes ordinaires d'interruption, ainsi que dans les cas ci-après :

- désignation d'expert à la suite d'un sinistre ;
- envoi d'une lettre recommandée avec AR que vous adressez au Service Sinistres Illico Presto en ce qui concerne le règlement de l'indemnité ;
- citation en justice (même en référé) ;
- commandement ou saisie signifié à celui que l'on veut empêcher de prescrire.

6.8. - EXAMEN DES RÉCLAMATIONS

Si, après vos contacts avec les services clientèles, un litige persiste, vous pourrez faire appel au médiateur par leur intermédiaire.

Ce recours est gratuit. Le médiateur s'engage à formuler son avis dans les 3 mois. Son avis ne s'impose pas, ce qui vous laisse toute liberté pour saisir éventuellement le tribunal compétent.

CHAPITRE 7
Limites de garanties

Frais de traitement	300 % TRC[1]
Prothèse dentaire (par dent)	400 €
Appareil d'orthodontie	400 €
Prothèse auditive	775 €
Bris ou perte de lunettes ou lentilles	325 €
Frais de transport en ambulance ou en taxi jusqu'à l'hôpital le plus proche[2]	400 €
Conduite à l'école	400 €
Aide pédagogique	Frais de rattrapage au-delà de 10 jours d'arrêt et jusqu'à la fin du 10e mois 200 €/mois
Invalidité permanente à partir de 10 %	De 10 à 29 % - 20 000 € De 30 à 59 % - 35 000 € De 60 à 79 % - 85 000 € De 80 à 100 % - 200 000 €
Décès	4 000 €
GARANTIE ASSISTANCE SANS FRANCHISE KILOMÉTRIQUE[3]	
Rapatriement sanitaire ou médical	Organisation du rapatriement en cas de maladie ou d'accident
Frais de sauvetage	Secours sur piste de ski 305 €
Transport d'un proche si enfant hospitalisé	Si hospitalisation supérieure à 8 jours
Frais d'hébergement du proche	10 nuitées maximum (chambre et petit-déjeuner) à 46 € par nuit
Avance des frais médicaux à l'étranger	Sans limitation
Rapatriement du corps en cas de décès	Organisation du transport + coût du cercueil lié au transport Cercueil limité à 763 €

(1) Tarif de Responsabilité de Convention de la Sécurité sociale.
(2) Sauf en cas d'intervention d'un service d'assistance.
(3) L'intégralité des prestations assistance sont décrites et définies dans les présentes Conditions générales.

CHAPITRE 8
Lexique

Accident
Toute atteinte corporelle provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure, à la condition qu'elle ne soit pas provoquée intentionnellement par l'assuré.

Assuré
L'élève ou l'étudiant désigné aux Conditions particulières.

Dommages corporels
Toute atteinte à l'intégrité physique des personnes.

Incapacité permanente
Réduction permanente des capacités physiques ou mentales de l'élève ou de l'étudiant assuré.

Tiers
Toute personne autre que :
- l'assuré tel que défini ci-avant ;
- l'entourage de l'assuré à savoir toutes les personnes vivant en permanence au foyer de l'assuré.

Vous
Dans le contrat, il peut s'agir du souscripteur, de l'assuré ou du bénéficiaire.

CHAPITRE 9
Annexes

9.1. - MODÈLES DE LETTRE DE RENONCIATION

Lettre à renvoyer au plus tard 14 jours à compter de la conclusion du contrat d'assurance ou du jour où le souscripteur a reçu les présentes Conditions générales et les informations conformément à l'article L 121-20-11 du Code de la consommation, si cette dernière date est postérieure à la conclusion du contrat, par lettre recommandée avec accusé de réception à son interlocuteur AXA.

Je soussigné(e) (nom, prénom) : .....

demeurant (adresse du souscripteur) : .....

.....

.....

déclare renoncer, au contrat d'assurance scolaire n° ..... (n° figurant sur

les Conditions particulières), que j'avais souscrit le ..... par l'intermédiaire de

.....

.....

.....

Date .....

Signature du souscripteur :

www.ccas.satecassur.com

SATEC – Immeuble Le Hub – 4 place du 8 mai 1945 – CS 90168 – 92532 LEVALLOIS PERRET CEDEX - TÉL. 01 42 80 15 03. SAS de Courtage d'Assurances, Conseiller en Investissement Financier, Courtier en Opérations de Banque et Services de Paiement au capital social de 36 344 931,66 euros indirectement détenu à plus de 10 % par AXA France IARD qui représente également l'entreprise d'assurance visée à l'alinéa II de l'article R521-1 du Code des assurances. RCS NANTERRE 784 395 725 - Registre des Intermédiaires d'Assurance n° 07 000 665 - Site ORIAS : www.orias.fr. Soumis au contrôle de l'ACPR, Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 PARIS Cedex 09 et à l'Autorité des Marchés Financiers pour l'activité de Conseiller en Investissement Financier, 17 place de la Bourse, 75002 PARIS.
TVA Intracommunautaire : SATEC FR 70784395725

Réf.