



amaguiz.com

une marque



**CONDITIONS GÉNÉRALES
CONTRAT GARANTIE DES ACCIDENTS DE LA VIE**

SOMMAIRE

1. QUELQUES DEFINITIONS A PARTAGER	3
2. VOUS ET VOTRE CONTRAT	6
2.1. LA COMPOSITION DU CONTRAT	6
2.2. LE PROCESSUS DE SOUSCRIPTION	6
2.3. L'OBJET DU CONTRAT	6
2.4. DEFINITION DES ACCIDENTS GARANTIS	7
2.5. LES PERSONNES ASSUREES	8
2.6. L'ETENDUE TERRITORIALE	8
3. LES GARANTIES	9
3.1. PREJUDICES EN CAS D'ATTEINTE PERMANENTE A L'INTEGRITE PHYSIQUE ET/ OU PSYCHIQUE	10
3.2. PREJUDICES EN CAS DE DECES	11
3.3. ASSISTANCE DES ACCIDENTS DE LA VIE	11
4. LES EXCLUSIONS GENERALES	17
5. LES LIMITES DE REMBOURSEMENT	18
6. LA VIE DE VOTRE CONTRAT	19
6.1. CONCLUSION, DATE D'EFFET ET DUREE	19
6.2. BASES DE NOTRE ACCORD : VOS DECLARATIONS A LA SOUSCRIPTION	19
6.3. LA RENONCIATION	20
6.4. LA MODIFICATION DU CONTRAT	20
6.5. LA RESILIATION	20
7. VOTRE COTISATION (OU PRIME)	22
7.1. MONTANT ET EVOLUTION DE VOTRE COTISATION	22
7.2. NON-PAIEMENT	22
7.3. MODIFICATION DE LA FRANCHISE ET DU SEUIL D'INTERVENTION	22
8. LE REGLEMENT DE VOS SINISTRES	23
8.1. LA DECLARATION	23
8.2. L'EXPERTISE	24
8.3. L'INDEMNISATION	24
8.4. LA PRESCRIPTION	25
8.5. LA SUBROGATION	26
9. RECLAMATIONS	27
10. INFORMATIQUE ET LIBERTES	28

1. Quelques définitions à partager

Accident

Tout événement soudain, involontaire et imprévu, extérieur à la victime et constituant la cause des dommages corporels.

Animal domestique

Le ou les chien(s) et chat(s) qui vivent au domicile de l'assuré.

Assureur

Nous, Amaline Assurances, l'assureur auprès duquel vous avez souscrit votre contrat « Garantie des accidents de la vie » sous la marque commerciale « amaguiz.com ».

Assuré

Personne citée à l'article 2.5 des présentes conditions générales

Atteinte permanente à l'intégrité physique et psychique (AIPP) constitutive d'un déficit fonctionnel permanent (DFP)

Réduction définitive du potentiel physique, psychosensoriel ou intellectuel résultant d'une atteinte permanente à l'intégrité anatomo-physiologique, constitutive d'un déficit fonctionnel permanent. Cette réduction s'exprime en pourcentage par référence au barème droit commun et est appréciée par un médecin expert désigné par Amaline Assurances.

Barème droit commun

« Barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun » paru dans la dernière édition du « Concours Médical » au jour de l'expertise. Ce barème est utilisé par le médecin expert désigné par l'Assureur pour établir le taux d'atteinte permanente à l'intégrité physique et psychique (AIPP) dont l'assuré est atteint, en dehors de toute considération professionnelle.

Bénéficiaire

A l'exclusion des personnes ayant causé volontairement les dommages à l'assuré victime, ont la qualité de bénéficiaires :

- en cas d'atteinte permanente à l'intégrité physique et psychique (AIPP), l'assuré victime ou son représentant légal,
- en cas de décès, les personnes physiques, justifiant avoir subi un préjudice direct du fait du décès de l'assuré.

Concubin/conjoint/pacsé

Personne en communauté de vie attestée avec vous (mariage, union libre établie ou PACS).

Conditions générales

Le présent document contractuel, émis par nous, l'assureur, que vous avez lu, accepté et reçu dans votre espace personnel et qui précise les garanties, limites et exclusions ainsi que les dispositions relatives au fonctionnement du contrat.

Conditions particulières

Document contractuel, établi en fonction de vos déclarations, qui précise les personnes assurées, les garanties souscrites, les seuils d'intervention applicables et le montant des cotisations.

Cotisations ou primes

Sommes payées par vous en contrepartie des garanties accordées par nous, l'assureur.

Date de consolidation

Date à partir de laquelle il peut être considéré que les dommages corporels consécutifs à l'accident garanti ont pris un caractère stable et supposé définitif permettant de fixer un taux d'atteinte permanente à l'intégrité physique et psychique (AIPP). Elle est fixée par le médecin expert de l'assureur.

Domicile

Votre lieu de résidence principale situé en France métropolitaine, figurant aux Conditions Particulières.

Dommages corporels

Toute atteinte corporelle (blessures, décès) subie par l'assuré.

Déchéance de garantie

Perte par l'assuré de tout ou partie de son droit à garantie, suite à un sinistre, pour manquement à ses obligations contractuelles, telles que définies aux présentes Conditions Générales.

Enfant assuré

Les enfants assurés sont les enfants légitimes, adoptifs, naturels ou reconnus, à charge fiscalement ou économiquement du souscripteur ou de son/sa conjoint(e)/concubin(e)/pacsé(e).

Les enfants fiscalement à charge que la charge soit exclusive, principale ou partagée sont :

- les enfants qui n'ont pas de revenus distincts : les enfants infirmes sans condition d'âge ou les enfants de moins de 18 ans,
- ou les enfants rattachés au foyer de l'assuré : les enfants de moins de 21 ans ou de moins de 25 ans s'ils poursuivent leurs études, y compris dans les filières d'apprentissage ou en contrat d'alternance ou par correspondance.

Les enfants économiquement à charge sont :

- les enfants dont les ressources sont au plus équivalentes au montant mensuel du Revenu de Solidarité Active, qu'ils soient âgés de moins de 25 ans et habitant au foyer ou âgés de plus de 25 ans et poursuivant leurs études,
- ou les enfants n'habitant pas au foyer mais percevant une pension alimentaire de la part du souscripteur ou son concubin/conjoint/pacsé.

Incapacité grave de l'assuré

Suite à un accident corporel garanti, séjour dans un hôpital ou une clinique d'une durée de plus de 24 heures et immobilisation, médicalement prescrite, de plus de 5 jours au domicile.

Incapacité très grave de l'assuré

Suite à un accident corporel garanti, séjour dans un hôpital ou une clinique d'une durée de plus de 4 jours et immobilisation, médicalement prescrite, de plus de 10 jours au domicile.

Indice « GAV Tarif »

Indice défini par Amaline Assurances.

En tout état de cause, la variation de cet indice ne peut excéder la variation du Salaire plafond de la Sécurité sociale fixé au 1er janvier précédent. Les variations de cet indice sont appliquées, à l'échéance annuelle de votre contrat, au montant des cotisations des garanties des accidents de la vie privée, accidents médicaux, accidents de la circulation automobile à l'étranger et accidents de la vie professionnelle.

Petits enfants

Les petits-enfants du souscripteur ou de son conjoint/concubin/pacsé, âgés de moins de 18 ans.

Perte de revenus

Perte de revenus résultant, pour les bénéficiaires de la victime, du décès de cette dernière, consécutif à un accident garanti.

Préjudice d'agrément

Impossibilité définitive après consolidation d'exercer une activité de loisir pratiquée antérieurement à l'accident du fait des dommages corporels consécutifs à l'accident garanti.

Préjudice esthétique

Ensemble des disgrâces résultant d'une altération permanente de l'aspect physique imputable à un accident garanti et persistant après consolidation.

Préjudice d'affection

Souffrances morales supportées par les bénéficiaires en cas de décès de l'assuré.

Règles du droit commun

Règles utilisées par les juridictions françaises pour déterminer l'indemnisation des préjudices d'une victime d'un accident corporel causé par un tiers.

Revenu

Somme nette de charges perçue directement en rétribution d'une activité salariée ou non salariée, à l'exclusion des revenus du capital, du mobilier et/ou immobilier ou des indemnités résultant de représentations à des conseils, associations, syndicats ou sociétés.

Seuil d'intervention

Pourcentage d'atteinte permanente à l'intégrité physique et psychique (AIPP) dont l'assuré reste atteint, directement imputable à l'accident et à partir duquel l'assuré peut bénéficier des indemnisations prévues au contrat ; il est indiqué dans vos conditions particulières.

Souffrances endurées

Souffrances physiques et/ou psychiques supportées par la victime, avant consolidation.

Sport

Ensemble d'exercices physiques pratiqués au titre de loisirs, en dehors de toute activité professionnelle, sous forme de jeux individuels ou collectifs et pouvant donner lieu à des compétitions.

Sport à risque

Sports mécaniques pratiqués à l'aide d'engins motorisés, sports aériens ainsi que les leçons de pilotage, tout type de boxe, spéléologie, ascension en montagne avec passage en cordée, plongée sous-marine avec appareil autonome.

Sinistre

Conséquences dommageables d'un accident qui entraîne l'application de l'une des garanties. Constituent un seul et même sinistre, les demandes ayant pour origine un même évènement.

Souscripteur

Le signataire du contrat qui s'engage de ce fait à payer les cotisations.

Subrogation

Lorsque nous avons indemnisé le bénéficiaire, suite à un sinistre, nous nous substituons dans ses droits et actions contre un éventuel tiers responsable de ses dommages ou tenu à indemnisation, pour obtenir de sa part le remboursement des sommes que nous avons réglées.

Tacite reconduction

Renouvellement automatique du contrat lors de son échéance annuelle pour une nouvelle période d'un an.

Tiers

Toute personne physique ou morale ne répondant pas à la définition d'assuré.

Vous

Le souscripteur du contrat désigné dans les conditions particulières ou toute autre personne qui lui serait substituée avec notre accord, ou du fait du décès du souscripteur précédent.

2. Vous et votre contrat

2.1. La composition du contrat

Votre contrat se compose :

- des présentes conditions générales qui définissent le cadre et les principes généraux de votre contrat. Elles définissent :
 - o l'ensemble des garanties proposées,
 - o les règles de fonctionnement de votre contrat,
 - o nos droits et obligations réciproques.
- des conditions particulières, qui définissent précisément les personnes assurées, les garanties souscrites, les seuils d'intervention applicables et les montants des cotisations.

Le contrat que vous venez de souscrire et les garanties qui s'y rapportent sont régis par le Code des Assurances.

En souscrivant chez Amaguiz, vous acceptez de recevoir l'ensemble de vos documents, y compris les documents pré-contractuels et contractuels, de manière dématérialisée par email et dans votre espace personnel.

2.2. Le processus de souscription

La souscription de votre contrat se fait soit par téléphone, soit par Internet sur le site www.amaguiz.com. Dans les deux cas, vous répondez à une série de questions vous permettant de déclarer les éléments nécessaires à votre identification, ainsi qu'à l'évaluation et à l'identification du risque à assurer.

Au terme de ce questionnement, vous validez et atteste l'exactitude et l'exhaustivité de l'ensemble de vos déclarations et signez électroniquement votre bulletin de souscription.

Le paiement de la cotisation due ou de ses fractions de cotisations s'effectue par prélèvement automatique, conformément à la périodicité que vous avez choisie, sur le compte dont vous nous avez communiqué les coordonnées lors du processus de souscription.

Les conditions particulières seront disponibles dans votre espace personnel du site www.amaguiz.com dès que la validation de votre contrat aura été enregistrée et sous réserve d'acceptation du risque de notre part. Un message électronique vous informe de cet événement.

2.3. L'objet du contrat

2.3.1. Au titre de la protection des personnes

Ce contrat a pour objet de garantir les préjudices résultant :

- d'un accident qui survient au cours de la vie privée de l'assuré ;
- d'un accident médical ;
- d'un accident de la circulation automobile à l'étranger ;
- d'un accident qui survient dans la vie professionnelle de l'assuré pour les contrats souscrits avant le 02/11/2014 ;

et qui entraînent :

- une atteinte permanente à l'intégrité physique et/ou psychique au moins égale au seuil d'intervention fixé aux conditions particulières ;
- ou le décès de l'assuré.

2.3.2. Au titre de l'assistance

Ce contrat a également pour objet de garantir l'apport d'une aide, dans l'urgence, pour surmonter les conséquences immédiates d'un accident garanti au contrat. Les garanties d'assistance sont détaillées dans l'article 3.3 des présentes Conditions Générales.

2.4. Définition des accidents garantis

2.4.1. Accident de la vie privée

C'est un accident subi par l'assuré au cours de sa vie privée (tel notamment qu'un accident domestique, un accident de loisirs), y compris lorsque cet accident résulte d'un événement naturel déclaré ou non catastrophe naturelle, d'un accident technologique, d'un attentat ou d'une agression.

La garantie s'applique également en cas « d'accident de trajet » tel que qualifié par la réglementation en vigueur en droit du travail, **à l'exclusion des accidents de la circulation automobile.**

2.4.2. Pratique de sports à risque

Nous garantissons, moyennant surprime, les sports à risque, tels que définis ci-après et pratiqués régulièrement dans le cadre de vos loisirs :

- les sports mécaniques pratiqués à l'aide d'engins motorisés ;
- les sports aériens, ainsi que les leçons de pilotage ;
- tout type de boxe ;
- la spéléologie ;
- l'ascension en montagne avec passage en cordée ;
- la plongée sous-marine avec appareil autonome.

La pratique de ces sports à risque doit être expressément déclarée à la souscription ou en cours de contrat dès lors que cette pratique est régulière.

2.4.3. Accident médical

C'est un acte ou un ensemble d'actes à caractère médical, qui a eu sur l'assuré des conséquences dommageables pour sa santé, anormales et indépendantes de l'évolution de l'affection en cause et de son état antérieur.

On entend par acte médical, les actes de prévention, diagnostic, exploration, traitement, chirurgie, pratiqués par :

- les membres des professions médicales et les auxiliaires médicaux visés par le code de la santé publique ;
- ou des praticiens autorisés à exercer par la législation ou la réglementation du pays dans lequel a lieu l'acte, et lorsque ces actes sont assimilables à ceux référencés par la Sécurité sociale française.

Les accidents médicaux sont couverts par le présent contrat si :

- le fait générateur du dommage est postérieur au premier janvier 2000 ;
- et si la première manifestation du dommage corporel intervient entre la date de la prise d'effet du contrat et la date d'effet de sa résiliation.

2.4.4. Accident de la circulation automobile à l'étranger

C'est un accident de la circulation survenu à l'étranger dont a été victime l'assuré en sa qualité de piéton, cycliste ou passager d'un véhicule, et qui implique un véhicule terrestre à moteur.

Notre intervention consiste dans le versement d'une indemnité correspondant à la différence éventuelle entre :

- ce que nous obtiendrons dans le cadre de notre recours contre la personne responsable de l'accident ;
- et ce que nous aurions pu obtenir si le droit français avait été applicable.

L'indemnité est basée sur les sommes habituellement attribuées par la Cour d'appel du lieu du domicile de l'assuré.

Outre les exclusions générales prévues au chapitre « exclusions générales de votre contrat », nous ne garantissons pas :

- les accidents de la circulation survenant dans les pays et territoires où s'applique le droit français ;
- les dommages subis par l'assuré lorsqu'il est conducteur d'un véhicule terrestre à moteur, qu'il soit ou non responsable de l'accident.

2.4.5. Accident de la vie professionnelle

C'est un accident subi par l'assuré au cours de l'activité professionnelle déclarée au contrat. Les accidents de la vie professionnelle sont couverts par le présent contrat par dérogation aux exclusions générales pour les contrats souscrits avant le 02/11/2014.

2.5. Les personnes assurées

Ont la qualité d'assuré les personnes indiquées ci-après :

Si vous avez souscrit la formule Solo :

- vous, souscripteur du contrat, en excluant tout autre membre de la famille.

Si vous avez souscrit la formule Couple :

- vous, souscripteur du contrat, en excluant tout autre membre de la famille
- votre conjoint, concubin, pacsé,

Si vous avez souscrit la formule Famille :

- vous, souscripteur du contrat,
- votre conjoint, concubin, pacsé,
- les enfants légitimes, naturels, adoptifs, reconnus fiscalement ou économiquement à la charge de l'une des personnes désignée ci-dessus,

Si vous avez souscrit la formule Famille monoparentale :

- vous, souscripteur du contrat,
- vos enfants légitimes, naturels, adoptifs, reconnus fiscalement ou économiquement à votre charge,

Les petits enfants mineurs ont également la qualité d'assuré, pendant le temps où ils sont confiés occasionnellement (30 jours consécutifs au maximum) :

- à vous, souscripteur du contrat, en formule Solo,
- à vous ou à votre conjoint, concubin ou pacsé, en formule Couple, Famille ou Famille monoparentale.

Pour pouvoir souscrire à l'assurance Garantie des accidents de la vie, vous devez résider en France métropolitaine.

2.6. L'étendue territoriale

Garanties	Étendue territoriale
Accidents de la vie privée Accidents médicaux	France métropolitaine Départements et Collectivités d'Outre-Mer, Nouvelle Calédonie et Terres australes et antarctiques françaises Principautés d'Andorre et de Monaco Pays membres de l'Union Européenne Suisse, Islande, Liechtenstein, Norvège, San Marin et au Vatican Monde entier pour des séjours ou voyages n'excédant pas 3 mois consécutifs - durée portée à 12 mois consécutifs pour les enfants d'assuré fiscalement ou économiquement à charge effectuant un séjour à l'étranger dans le cadre de leurs études
Accidents de la circulation à l'étranger	Principautés d'Andorre et de Monaco Pays membres de l'Union Européenne Suisse, Islande, Liechtenstein, Norvège, San Marin et au Vatican Monde entier pour des séjours ou voyages n'excédant pas 3 mois consécutifs - durée portée à 12 mois consécutifs pour les enfants d'assuré fiscalement ou économiquement à charge effectuant un séjour à l'étranger dans le cadre de leurs études
Assistance des garanties de la vie : assistance santé	France métropolitaine Principautés d'Andorre et de Monaco
Assistance des garanties de la vie : <ul style="list-style-type: none"> • Assistance aux personnes en déplacement • Séjour en montagne et mer 	Monde entier pour des séjours ou voyages n'excédant pas 3 mois consécutifs - durée portée à 12 mois consécutifs pour les enfants d'assuré fiscalement ou économiquement à charge effectuant un séjour à l'étranger dans le cadre de leurs études

3. Les garanties

L'ensemble des indemnisations se fera sous forme de versement d'un capital hormis pour les garanties d'assistance.

3.1. Préjudices en cas d'atteinte permanente à l'intégrité physique et/ ou psychique

3.1.1. Seuil de déclenchement

Les garanties ci-dessous sont mises en jeu si l'AIPP (Atteinte Permanente à l'Intégrité Physique ou Psychique) est constitutive d'un DFP (Déficit Fonctionnel Permanent) et à partir du seuil d'intervention défini dans vos conditions particulières sauf dans le cas d'une souscription d'un seuil d'intervention à 5%.

En effet, pour les assurés ayant souscrit un contrat avec un seuil d'intervention à 5%, nous pouvons verser un montant forfaitaire si un taux d'AIPP de 1% est atteint et selon les modalités décrites à l'article 8.3.1

A l'échéance du contrat :

- **Si l'un des assurés a atteint l'âge de 70 ans, le seuil d'intervention du contrat est obligatoirement fixé à 30 % pour cet assuré uniquement,**
- **Si l'ensemble des assurés a atteint l'âge de 70 ans, le seuil d'intervention du contrat est obligatoirement fixé à 30 %.**

3.1.2. Les préjudices patrimoniaux

Sont indemnisables au titre du présent contrat les préjudices patrimoniaux suivants :

- les conséquences économiques définitives de l'accident sur la vie professionnelle de l'assuré : les pertes de gains professionnels futurs ainsi que l'incidence professionnelle ;
- les frais d'adaptation du domicile et/ou du véhicule personnel que l'assuré doit supporter de manière permanente dans sa vie privée, prise en charge soumise à notre accord avant engagement des travaux d'aménagement ;
- les frais d'assistance d'une tierce personne que l'assuré doit supporter, également de manière permanente, à compter de la consolidation, selon les conclusions du médecin expert de l'assureur ;
- les frais médicaux dus à l'accident couvert restant à charge après intervention des organismes sociaux de base et organismes d'assurance complémentaire (contrats collectifs ou individuels) ou non pris en charge par ces mêmes organismes avant et après la consolidation de l'assuré ; ces frais médicaux sont pris en charge dans la limite de 10 000 € pour les contrats souscrits à partir du 02/11/2014 et dans la limite de 50 000 € pour les contrats souscrits avant le 02/11/2014.

3.1.3. Les préjudices à caractère personnel

Sont indemnisables au titre du présent contrat les préjudices à caractère personnel suivants :

- l'atteinte permanente à l'intégrité physique et/ou psychique constitutive d'un déficit fonctionnel permanent subsistant après la date de consolidation ;
- les souffrances endurées ;
- le préjudice esthétique permanent ;
- le préjudice d'agrément.

Seuls les préjudices indiqués ci-dessus sont indemnisables au titre du présent contrat.

Ne sont pas indemnisés notamment :

- **les pertes de gains professionnels actuels ;**

- les frais divers exposés par la victime avant la date de consolidation (hors frais médicaux) ;
- le préjudice sexuel.

3.2. Préjudices en cas de décès

3.2.1. Les préjudices patrimoniaux

Sont indemnisables au titre du présent contrat :

- les frais d'obsèques sur justificatifs ;
- la perte de revenus subie par les bénéficiaires ;
- les frais divers que les bénéficiaires ont pu engager à l'occasion du décès de la victime (frais de transport, d'hébergement et de restauration).

3.2.2. Les préjudices à caractère personnel

Sont indemnisables au titre du présent contrat le préjudice d'affection subi par les bénéficiaires.

Le préjudice d'accompagnement, c'est-à-dire le bouleversement que le décès de la victime entraîne sur le mode de vie de ses bénéficiaires au quotidien, n'est pas indemnisé. Seuls les préjudices indiqués ci-dessus peuvent être indemnisés au titre du présent contrat.

3.3. Assistance des accidents de la vie

Les prestations d'assistance s'effectuent dans la limite des montants indiqués dans le tableau des montants de garanties (*article 3.3.2 des présentes Conditions Générales*).

3.3.1. Prestations d'assistance

3.3.1.1. En cas de décès d'un assuré

Sont pris en charge les frais de transport Aller/Retour d'un proche venu auprès de l'assuré décédé et résidant en France métropolitaine, principautés d'Andorre ou de Monaco, ou dans un pays limitrophe à moins de 100 km du domicile de l'assuré pour les frontaliers.

Une aide psychologique est proposée pour les bénéficiaires. Cette aide psychologique est organisée grâce à une relation téléphonique avec un psychologue.

En cas de décès d'un assuré, la garantie permet également aux bénéficiaires d'obtenir des informations décès sur :

- le calendrier des démarches à effectuer (dans la semaine, le mois, dans les 6 mois qui suivent le décès),
- les démarches et formalités (la constatation du décès, l'acte de décès, le permis d'inhumation, les papiers à demander, les formalités auprès des organismes sociaux),
- les pensions et allocations (le capital décès, l'allocation de veuvage, la pension de réversion),
- l'intervention du notaire,
- la succession (Comment déclarer une succession ? Doit-on obligatoirement accepter un héritage ?).

3.3.1.2. Assistance en cas d'hospitalisation

Cette garantie couvre les frais d'hébergement en hôtel ou les frais de mise à disposition d'un lit d'accompagnant, dans l'établissement hospitalier, y compris le petit-déjeuner de la personne venue sur place. Les frais de restauration restent à la charge de cette personne.

3.3.1.3. Assistance en cas d'incapacité grave

Sont pris en charge ou sont organisés :

- soit, les frais de transport Aller/Retour d'un proche venu auprès de l'assuré et résidant en France métropolitaine, principautés d'Andorre ou de Monaco, ou dans un pays limitrophe à moins de 100 km du domicile de l'assuré pour les frontaliers ;
- soit, dans la limite des contraintes locales, l'organisation et la prise en charge d'une garde malade ou d'une aide-ménagère ;

- soit, dans la limite des contraintes locales, le portage de plateaux-repas et la livraison de médicaments prescrits par le médecin. Le coût des repas et le montant des médicaments restent à la charge de l'assuré.

En cas d'incapacité grave suite à un accident garanti, sur simple appel téléphonique, des prestations d'informations santé sont proposées à nos assurés victimes. Dans ce cas, nous mettons l'assuré en relation avec tout prestataire ou organisme susceptible de répondre à sa demande de renseignements ou d'intervention, ou de régler un problème dans les domaines de la santé :

- mise en relation avec un médecin en cas d'accident garanti survenant au domicile et en l'absence dûment constatée du médecin traitant, recherche de kinésithérapeutes, infirmiers...
- informations spécialisées pour les handicapés : les soins, les établissements et services, l'éducation, la formation, l'emploi, les déplacements, les loisirs, le sport, les associations ;
- mise en relation avec un ergothérapeute.
- aide à la recherche d'établissements hospitaliers (spécialisés ou non), de centres d'hébergement temporaire et/ou de longue durée (convalescence, cure, maison de retraite), et mise en relation avec ces établissements.
- information sur les organismes sociaux, conseils sur les démarches à effectuer ;
- information à caractère général dans le domaine de la santé, à l'exclusion de toute consultation médicale téléphonique.

Ce service est accessible du lundi au samedi de 9h00 à 21h00, hors jours fériés en France Métropolitaine.

Ces informations sont fournies dans la limite des disponibilités locales. Il appartient à l'assuré de sélectionner le prestataire de son choix et de négocier avec lui les conditions de son intervention. Nous ne sommes en aucun cas responsables de la qualité des soins dispensés. Nous ne pouvons nous substituer aux secours locaux d'urgence tels que SAMU, SMUR, pompiers,...

3.3.1.4. Assistance en cas d'incapacité très grave

En plus des prestations accordées en cas d'incapacité grave, sont pris en charge :

- la mise en place d'un dispositif de téléassistance 24 heures sur 24, dans la limite de 2 mois.
- à la suite d'une agression ou d'un attentat, une aide psychologique en organisant une relation téléphonique avec un psychologue.

En cas d'incapacité très grave d'un assuré avec des enfants de moins de 15 ans, sont pris en charge et sont organisés, dans la limite des contraintes locales :

- soit, la garde au domicile des enfants, par une personne compétente ou qualifiée.
- soit, leur transport quotidien domicile/école/domicile.
- soit, le transport aller/retour des enfants jusqu'au domicile d'un proche désigné par l'assuré.

En cas d'incapacité très grave d'un enfant assuré de moins de 18 ans, un soutien pédagogique est organisé et pris en charge, en cas d'absence scolaire de plus de 15 jours. Cette prestation n'est accordée que pour les enfants du primaire ou du secondaire sous forme de cours particuliers donnés à domicile.

En cas d'incapacité très grave d'un assuré possédant des animaux, sont organisés et pris en charge :

- soit, la prise en charge des soins prodigués aux animaux domestiques de l'assuré par le voisin.
- soit, le transport de ces animaux jusqu'à la pension animalière la plus proche, susceptible de les accueillir. Les frais de nourriture ou de pension animalière restent à la charge de l'assuré.

3.3.1.5. Prestations d'assistance aux personnes en déplacement

Il s'agit de prestations mises en œuvre suite à un accident garanti par le contrat ayant pour conséquence une atteinte corporelle d'un assuré l'empêchant de rentrer à son domicile par ses propres moyens ou de poursuivre son déplacement.

Les déplacements garantis dans le cadre des prestations d'assistance aux personnes en déplacement sont les déplacements privés effectués par l'assuré, d'une durée inférieure ou égale à 90 jours consécutifs. Cette durée est portée à douze mois consécutifs pour les enfants d'assuré fiscalement ou économiquement à charge effectuant un séjour à l'étranger dans le cadre de leurs études.

Notre prise en charge s'effectue dans la limite des montants indiqués dans le tableau des montants de garanties figurant à l'article 3.3.2.

Un assuré est blessé au cours d'un déplacement garanti, est organisé et pris en charge :

- le rapatriement de l'assuré vers son domicile ou dans un établissement hospitalier proche de chez lui. La décision de rapatriement est prise par notre Médecin-conseil, après contact avec le médecin en charge des soins.
- le transport d'une personne qui voyageait avec lui.
- le transport de ses bagages ainsi que celui des animaux domestiques qui l'accompagnaient, vers son domicile.

Un assuré est hospitalisé à l'étranger plus de 10 jours consécutifs lors d'un déplacement garanti est organisé et pris en charge :

- le transport Aller/Retour d'un proche au chevet de l'assuré.
- les frais d'hébergement, y compris petit-déjeuner, de la personne qui se rend au chevet de l'assuré.
- les frais de restauration restent à la charge de cette personne.

En cas de décès d'un assuré lors d'un déplacement garanti, est organisé et pris en charge :

- le rapatriement du corps jusqu'au lieu d'inhumation.
- le transport Aller/Retour d'un ayant droit, si la présence de cette personne est requise par les autorités pour effectuer les démarches nécessaires au rapatriement.
- le transport des autres bénéficiaires qui voyageaient avec lui.
- les frais de cercueil.

Les frais de cérémonie et d'inhumation restent à la charge de la famille de l'assuré.

Un assuré doit interrompre son voyage en raison d'une incapacité très grave ou du décès d'un autre assuré, est organisé et pris en charge son retour anticipé jusqu'au lieu où se trouve cet autre assuré, en France métropolitaine.

Un assuré doit communiquer avec ses proches, nous nous chargeons de transmettre les messages urgents à ses proches ou nous le mettons directement en relation avec eux.

3.3.1.6. Prestations d'assistance aux personnes victimes d'un accident de ski

En cas d'assistance aux personnes victimes d'un accident de ski, les garanties sont mises en œuvre en complément des remboursements des organismes sociaux et complémentaires santé ou tout autre garantie d'assurance souscrite par l'assuré, dès lors que l'accident est intervenu sur piste légalement ouverte. La prestation est accordée sans franchise kilométrique. Le remboursement s'effectue dans le mois qui suit l'accident, sur présentation de l'original du forfait ski.

Outre les dispositions prévues aux prestations – Assistance aux personnes en déplacement –, si l'assuré est victime d'un accident de ski, est pris en charge :

- les frais de descente en traîneau ou hélicoptère du lieu de l'accident jusqu'au bas des pistes ou jusqu'au centre de secours le plus proche du lieu de l'accident ;
- le remboursement du forfait de ski (remontées mécaniques) acheté pour 3 jours minimum consécutifs et non utilisé suite à l'accident de ski.

Ce remboursement se fait sur la base de tarifs des forfaits vendus dans la station et dans la limite du nombre de jours restant à courir dès le lendemain de l'accident. La prise en charge s'effectue dans la limite des montants indiqués dans le tableau des montants de garanties.

Seul le forfait de l'assuré accidenté est pris en charge. Cette prestation est accordée une fois par an pour l'ensemble des assurés du contrat d'assurance.

3.3.1.7. Frais de recherche

La garantie «frais de recherche en mer et en montagne» est accordée sans franchise kilométrique. Sont remboursés, les frais de recherche en mer et en montagne, pouvant incomber à l'assuré en cas d'intervention des services publics ou privés ou de sauveteurs professionnels dûment agréés. Notre prise en charge s'effectue dans la limite des montants indiqués dans le tableau des montants de garanties.

3.3.2. Montant de garanties des prestations d'assistance

GARANTIES	MONTANT DE GARANTIE PAR SINISTRE
Assistance Santé	
<p>En cas de décès d'un assuré</p> <ul style="list-style-type: none"> - Venue d'un proche - Aide psychologique des assurés 	<p>Billet Aller/retour de train 1^{ère} classe ou d'avion de classe tourisme dans la limite de 305 € TTC</p> <p>Dans la limite de 4 entretiens téléphoniques</p>
<p>En cas d'incapacité grave d'un assuré</p> <ul style="list-style-type: none"> - Soit venue d'un proche - Soit garde malade ou aide-ménagère - Soit portage de plateaux repas ou livraison de médicaments - Hébergement en hôtel ou mise à disposition d'un lit d'accompagnant (petit déjeuner compris) en cas d'hospitalisation 	<p>Billet Aller/retour de train 1^{ère} classe ou d'avion de classe tourisme dans la limite de 305 € TTC</p> <p>Dans la limite de 10 heures</p> <p>Dans la limite de 7 portages de repas et de 1 livraison de médicaments</p> <p>46 € TTC par nuit avec un maximum de 4 nuits</p>
<p>En cas d'incapacité très grave d'un assuré</p> <ul style="list-style-type: none"> - Soit venue d'un proche - Soit garde malade ou aide-ménagère - Soit portage de plateaux repas ou livraison de médicaments - Hébergement en hôtel ou mise à disposition d'un lit d'accompagnant (petit déjeuner compris) en cas d'hospitalisation - Mise à disposition d'un dispositif de téléassistance 24 h/24 	<p>Billet Aller/retour de train 1^{ère} classe ou d'avion de classe tourisme dans la limite de 305 € TTC</p> <p>Dans la limite de 20 heures</p> <p>Dans la limite de 15 portages de repas et de 2 livraisons de médicaments</p> <p>46 € TTC par nuit avec un maximum de 8 nuits</p> <p>Dans la limite de 2 mois</p>
<p>Et si l'assuré a des enfants de moins de 15 ans</p> <ul style="list-style-type: none"> - Soit garde des enfants à domicile - Soit transport quotidien domicile/école/domicile - Soit transport des enfants au domicile d'un proche 	<p>Dans la limite de 20 h</p> <p>Dans la limite de 5 jours</p> <p>Billet Aller/retour de train 1^{ère} classe ou d'avion de classe tourisme dans la limite de 305 € TTC</p>
<p>Si l'assuré possède des animaux domestiques</p> <ul style="list-style-type: none"> - Soit soins apportés aux animaux - Soit transport des animaux vers une pension alimentaire 	<p>Dans la limite de 7,70 € TTC par jour et pendant 10 jours</p> <p>Dans la limite de de 305 € TTC</p>
<p>En cas d'incapacité très grave d'une enfant assuré de moins de 18 ans</p> <ul style="list-style-type: none"> - Soutien pédagogique, en cas d'absence de plus de 15 jours 	<p>3 heures consécutives par jour, dans la limite de 2 mois (hors vacances scolaires)</p>
<p>En cas d'incapacité très grave suite à agression ou attentat de l'assuré</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aide psychologique des assurés 	<p>Dans la limite de 4 entretiens téléphoniques</p>
Assistance informations pratiques	
<p>Information santé : en cas d'incapacité grave ou très grave de l'assuré suite à un accident, mise en relation téléphonique de l'assuré avec un prestataire susceptible de le renseigner ou d'intervenir (médecins, kinésithérapeutes, infirmiers, organismes sociaux, établissement hospitalier, ergothérapeute...).</p> <p>Information décès : en cas de décès de l'assuré, information à la famille de tous les renseignements nécessaires démarches et formalités à effectuer.</p>	

GARANTIES	MONTANT DE GARANTIE PAR SINISTRE
Assistance aux personnes en déplacement	
Rapatriement médical de l'assuré <ul style="list-style-type: none"> - Frais de rapatriement - Transport d'un accompagnant - Transport des bagages et des animaux 	Frais réels Billet Aller simple de train 1 ^{ère} classe ou d'avion classe tourisme Frais réels, hors frais de cages Franchise : 50 kilomètres du domicile
Suite à l'hospitalisation d'un assuré, plus de 10 jours consécutifs à l'étranger <ul style="list-style-type: none"> - Transport d'un proche au chevet de l'assuré - Frais d'hébergement et de petit déjeuner de ce proche 	Billet Aller/retour de train 1 ^{ère} classe ou d'avion de classe tourisme dans la limite de 305 € TTC 46 € TTC par nuit avec un maximum de 5 nuits Franchise : 50 kilomètres du domicile
Suite au décès d'un assuré <ul style="list-style-type: none"> - Rapatriement du corps - Frais de cercueil - Transport d'un ayant droit - Transport des autres bénéficiaires 	Frais réels 460 € TTC maximum Billet Aller simple de train 1 ^{ère} classe ou d'avion classe tourisme Billet Aller simple de train 1 ^{ère} classe ou d'avion classe tourisme Franchise : 50 kilomètres du domicile
En cas d'incapacité très grave ou du décès d'un autre assuré <ul style="list-style-type: none"> - Retour anticipé de l'assuré 	Billet Aller simple de train 1 ^{ère} classe ou d'avion classe tourisme Franchise : 50 kilomètres du domicile
Lors de déplacement d'un assuré <ul style="list-style-type: none"> - Transmission d'un message urgent ou mise en relation directe avec ses bénéficiaires 	Frais réels de communication Franchise : 50 kilomètres du domicile
Lors d'un séjour à la montagne ou à la mer (garantie accordée une fois par an pour l'ensemble des bénéficiaires) <ul style="list-style-type: none"> - Frais de recherche en montagne ou en mer - Frais de descente du lieu de l'accident de ski - Frais de forfait de ski achetés pour 3 jours minimum 	4 600 € Frais réels 76,50 €

3.3.3. L'exécution des prestations d'assistance

3.3.3.1. Conditions de mise en œuvre de l'assistance

Amaline Assurances délègue la gestion des prestations d'assistance à Mutuaide Assistance.

Les prestations garanties par le présent contrat ne peuvent être déclenchées que par Mutuaide Assistance après son accord préalable. En conséquence, les prestations qui n'ont pas été organisées par Mutuaide Assistance ou avec son accord ne donnent droit *a posteriori* à aucun remboursement ou indemnité compensatrice.

Mutuaide Assistance a tout pouvoir d'appréciation pour définir, au cas par cas, la durée d'application et la nature des garanties appropriées. Il sera notamment tenu compte, pour ce faire, de l'état de santé et de l'environnement familial de l'assuré. Les garanties d'assistance n'auront vocation à s'appliquer que dans le cas où l'entourage de l'assuré ne pourra apporter à ce dernier l'aide requise par les circonstances.

Les prestations d'assistance ne peuvent en aucun cas se substituer à celles des organismes de secours d'urgence. Elles interviennent à concurrence des accords donnés par les autorités locales.

La responsabilité d'Amaline Assurances ne peut en aucun cas être engagée pour des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure, ou d'événements tels que guerres civiles ou étrangères, révolutions, mouvements populaires, émeutes, grèves, actes de terrorisme, attentats, saisies ou contraintes par la force publique, interdictions officielles, pirateries, explosions d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques.

En cas d'accident médical, les garanties d'assistance seront accordées dans la mesure où le contrat d'assurance est en cours de validité et sous réserve que l'assuré ait effectué une déclaration de sinistre auprès de son assureur.

En cas d'assistance aux personnes en déplacement, les garanties sont mises en œuvre pour les événements garantis survenant lors de tout déplacement privé à plus de 50 km du domicile et garanti par le présent contrat.

En cas d'assistance aux personnes victimes d'un accident de ski, les garanties sont mises en œuvre sous réserve de défaillance des organismes sociaux, dès lors que l'accident est intervenu sur piste légalement ouverte. La prestation est accordée sans franchise kilométrique. Le remboursement s'effectue dans le mois qui suit l'accident, sur présentation de l'original du forfait ski.

La garantie « frais de recherche en mer et en montagne » est accordée sans franchise kilométrique.

La mise en œuvre des garanties d'assistance prévues au contrat peut nécessiter le recueil et le traitement de données, notamment des données de santé, par Mutuaide Assistance. Ces informations sont exclusivement destinées aux personnes en charge de la gestion de vos garanties et, concernant vos données de santé, aux médecins de l'Assisteur, à ses gestionnaires habilités, et autres personnes habilitées (urgentistes, ambulanciers, médecins locaux, ...). Certaines données, strictement nécessaires à la mise en œuvre des prestations d'assistance, sont susceptibles de faire l'objet de transferts hors Union Européenne dans l'intérêt de la personne concernée (dans le cadre de séjours ou déplacements dans le monde entier). Vous acceptez expressément, le recueil et le traitement de données de santé dans ce cadre.

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition aux informations médicales traitées dans ce cadre en vous adressant par courrier postal, accompagné de la photocopie d'une pièce d'identité, au Médecin conseil de l'Assisteur.

3.3.3.2. Exclusions spécifiques aux prestations d'assistance

Les prestations d'assistance ne sont accordées que suite à un accident corporel garanti.

Les prestations ne peuvent être accordées ni dans les pays en état de guerre, civile ou étrangère, déclarée ou non, ni dans les pays touchés par des tremblements de terre, éruptions volcaniques, raz de marée ou autres cataclysmes.

Les prestations ne seront pas accordées pour couvrir les conséquences d'infractions à la législation française ou étrangère.

Les lésions bénignes qui peuvent être traitées sur place et qui n'empêchent pas l'assuré de poursuivre son voyage.

4. Les exclusions générales

Ce contrat ne couvre pas :

- **les dommages consécutifs à une maladie n'ayant pas pour origine directe et certaine un accident garanti,**
- **les accidents survenus à l'occasion de l'exercice des fonctions publiques et/ou électives ou syndicales,**
- **les dommages subis par l'assuré lorsqu'il est conducteur d'un véhicule terrestre à moteur, qu'il soit ou non responsable de l'accident,**
- **les accidents survenus lors d'activités professionnelles, ou considérés comme accidents de travail par l'organisme social, sauf pour les contrats le mentionnant dans leurs conditions particulières,**
- **les maladies professionnelles,**
- **les dommages résultant d'un accident de la circulation dans lequel sont impliqués des véhicules terrestres à moteur, ainsi que leurs remorques ou semi-remorques, autres que les véhicules ferroviaires et les tramways circulant sur des voies qui leur sont propres ; cette exclusion ne concerne pas la garantie Accidents de la circulation automobile à l'étranger,**
- **les conséquences de tout dommage que l'assuré s'est causé intentionnellement,**
- **les dommages résultant de la participation de l'assuré à un crime, un délit intentionnel, une rixe (sauf en cas de légitime défense ou d'assistance à personne en danger),**
- **les dommages provenant de la guerre civile ou étrangère,**
- **les dommages résultant des accidents dus aux effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation, provenant de transmutations de noyaux d'atomes ou de radioactivité, ainsi que ceux dus aux effets de radiations provoqués par l'accélération artificielle de particules,**
- **les dommages résultant des expérimentations biomédicales,**
- **les dommages résultant de la participation volontaire à un attentat, un acte de terrorisme ou de vandalisme, relevant de la qualification de crime ou de délit intentionnel.**

Les exclusions particulières qui figurent dans les garanties viennent s'ajouter à ces exclusions générales.

5. Les limites de remboursement

Ces plafonds de garantie s'entendent par événement (accident) et par victime.

Plafonds de garantie en cas d'atteinte permanente à l'intégrité physique et psychique			Plafond de garantie
En cas d'atteinte permanente à l'intégrité physique comprise entre 1 et 4% et uniquement si vous avez souscrit un seuil d'intervention à 5%			500 € par événement et par victime
En cas d'atteinte permanente à l'intégrité physique >= 5%			Dans la limite de 1 million d'euros par événement et par victime
Préjudices patrimoniaux	Frais médicaux	10 000 € pour les contrats souscrits à compter du 02/11/2014 50 000 € pour les contrats souscrits avant le 02/11/2014	
	Autres préjudices patrimoniaux	Droit commun	
Préjudices à caractère personnel	Préjudices à caractère personnel	Droit commun	
Plafonds de garantie en cas de décès			
Préjudices patrimoniaux	Frais d'obsèques, dont frais divers	Frais réels	
	Perte de revenus subie par les bénéficiaires	Droit commun	
Préjudices à caractère personnel	Préjudice d'affection	Droit commun	

6. La vie de votre contrat

Le contrat d'assurance est soumis à une réglementation particulière qui s'impose aussi bien aux assureurs qu'aux assurés. L'essentiel de cette réglementation est contenu dans le Code des assurances.

6.1. Conclusion, date d'effet et durée

Votre contrat est conclu par tout acte manifestant votre volonté et la nôtre de nous engager, pour une durée d'un an. Il prend effet à compter de la date d'effet figurant dans vos Conditions Particulières. Le contrat est renouvelé, d'année en année, par tacite reconduction, sauf résiliation d'une des deux parties, vous ou nous (conditions décrites à l'article 6.5).

Pour les Accidents de la vie privée, les Accidents médicaux, les Accidents de la circulation automobile à l'étranger et l'assistance des accidents de la vie, la qualité d'assuré cesse :

- pour les enfants assurés : à l'échéance annuelle qui suit la date à laquelle ils ne sont plus fiscalement ou économiquement à charge ;
- pour les petits-enfants assurés : à l'échéance annuelle qui suit la date à laquelle ils atteignent l'âge de 18 ans.

Pour les Accidents de la vie professionnelle, la qualité d'assuré cesse de plein droit :

- à la date de cessation de l'activité professionnelle ;
- au plus tard, à l'échéance annuelle qui suit la date à laquelle l'assuré fait valoir ses droits à la retraite.

6.2. Bases de notre accord : vos déclarations à la souscription

Vos réponses à nos questions nous permettent de fixer le montant de votre cotisation et les conditions dans lesquelles nos garanties vous sont acquises.

6.2.1. En cours de contrat

Vous devez nous informer, dans les 15 jours qui suivent la date à laquelle vous en avez eu connaissance, de tout changement affectant, en cours de contrat, un des éléments figurant dans vos conditions particulières (naissance d'un enfant, divorce, séparation, pratique d'un sport à risque, changement de profession...).

6.2.1.1. Aggravation du risque

Jusqu'à l'expiration d'un délai de 2 ans suivant la souscription du contrat et si le changement entraîne une aggravation du risque telle que si les circonstances nouvelles avaient été déclarées lors de la conclusion ou du renouvellement du contrat, nous n'aurions pas contracté ou ne l'aurions fait que moyennant une cotisation plus élevée, nous pouvons résilier le contrat.

Nous pouvons aussi vous proposer un nouveau tarif. Si vous ne donnez pas suite à cette proposition ou si vous refusez expressément ce nouveau tarif, dans le délai de 30 jours à compter de notre proposition, nous pouvons résilier le contrat au terme de ce délai.

La résiliation prend effet 10 jours après l'expiration de ce délai de 30 jours.

Après l'expiration du délai de 2 ans, pour les cas d'aggravation autres que ceux liés à l'état de santé de l'assuré, nous appliquons le tarif correspondant à la situation nouvelle liée à cette aggravation du risque.

6.2.1.2. Diminution du risque

Si le changement entraîne une diminution du risque, nous vous informons dans les 30 jours de la réduction du montant de la cotisation.

Si à l'issue de ce délai de 30 jours, nous ne vous avons pas informé ou si nous ne réduisons pas la cotisation, vous pouvez résilier votre contrat.

6.2.2. Sanctions

Les bases de notre accord reposant sur vos déclarations et sur celles de l'assuré.

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle peut nous amener à invoquer la nullité du contrat, conformément à l'article L113-8 du code des assurances.

En cas d'omission ou de déclaration inexacte, non intentionnelle et constatée avant tout sinistre, nous pouvons soit augmenter les cotisations, soit résilier le contrat, sous réserve d'un préavis de 10 jours.

Si l'omission ou l'inexactitude est non intentionnelle et constatée après sinistre, nous pouvons réduire les indemnités en proportion du montant de la cotisation payée par rapport au montant de la cotisation qui aurait été due si les risques avaient été complètement et exactement déclarés, en application de l'article L113-9 du code des assurances.

6.3. La renonciation

Conformément à l'article L112-2-1 du Code des Assurances relatif à la vente à distance, vous bénéficiez de la faculté de renoncer à votre contrat dans un délai de 14 jours à compter de la date de souscription du contrat, sans motif ni pénalité.

Pour cela, il vous suffit de nous envoyer votre lettre de renonciation à l'adresse postale d'Amaline Assurance, précisée en dernière page de ce document, selon le modèle ci-dessous :

"Je soussigné(e) (nom, prénom, adresse complète) déclare renoncer à mes garanties conclues le (date de souscription) référencées (numéro de contrat). Date et Signature".

A la réception de la lettre, le contrat devient sans effet et aucun prélèvement ne sera effectué. Le remboursement des sommes prélevées interviendra dans un délai maximum de 30 jours à compter de la réception de la lettre de renonciation.

La survenance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat durant le délai de renonciation de 14 jours, rend impossible l'exercice du droit de renonciation.

6.4. La modification du contrat

Toute modification du contrat se fait soit en accédant à votre espace personnel sur le site www.amaguiz.com, soit en contactant par téléphone notre plate-forme dont les coordonnées figurent sur vos documents contractuels.

Le processus de modification des contrats est le même que celui décrit à l'article 2.2.

6.5. La résiliation

Chaque année le contrat est résiliable:

- **par vous**, à condition de nous en aviser 1 mois avant l'échéance principale,
- **par nous**, à condition de vous en aviser 2 mois avant l'échéance principale.

Par ailleurs, au titre de la loi Chatel, lorsque l'avis d'échéance annuelle est adressé **moins de 15 jours avant** la date limite d'exercice de votre droit de résiliation ou lorsqu'il est adressé **après cette date**, vous bénéficiez d'un délai **de 20 jours** à compter de la date d'envoi de cet avis d'échéance pour dénoncer la reconduction de votre contrat.

Dans quelles circonstances votre contrat peut-il être résilié en cours d'année ?

CIRCONSTANCES	QUI PEUT RESILER ?	CONDITIONS	DATE DE PRISE D'EFFET DE LA RÉSILIATION
Vous nous déclarez un changement de situation si ce changement affecte la nature du risque (changement de régime matrimonial, de domicile, de profession, départ en retraite professionnelle ou la cessation de votre activité).	VOUS OU NOUS	La résiliation doit nous être notifiée moins de 3 mois après la survenance de cet événement.	A l'expiration d'un délai de 30 jours à compter de la date de réception de la lettre de résiliation.
Nous modifions le tarif ou la franchise à l'échéance annuelle	VOUS	La résiliation doit nous être notifiée dans le délai de 30 jours à compter du moment où vous avez été informé de la modification.	A l'expiration d'un délai de 30 jours à compter de la date d'envoi de la lettre de résiliation.
Nous décidons de résilier un autre de vos contrats, après sinistre.	VOUS	La résiliation doit nous être notifiée dans le délai de 30 jours qui suit la notification de notre décision.	A l'expiration d'un délai de 30 jours à compter de la date d'envoi de la lettre de résiliation.
Vous n'avez pas payé la cotisation.	NOUS	Nous devons préalablement vous avoir adressé une lettre recommandée de mise en demeure	A l'expiration des délais légaux de mise en demeure (voir art.8)
Vous faites une omission ou une déclaration inexacte mais non intentionnelle du risque.	NOUS	Si elle est constatée avant tout sinistre.	A l'expiration du délai de 10 jours après notification de notre décision.
Nous constatons une aggravation du risque.	NOUS	Si nous refusons de vous assurer dans ces nouvelles circonstances	A l'expiration d'un délai de 10 jours, à compter de la date d'envoi de la lettre de résiliation.
Vous refusez le nouveau tarif que nous pouvons vous proposer à la suite d'une aggravation du risque.	NOUS	Si vous ne donnez pas suite ou vous refusez notre proposition dans un délai de 30 jours.	A l'expiration d'un délai de 10 jours, à compter de la date d'envoi de la lettre de résiliation.
Après sinistre	NOUS	Lors de la survenance du sinistre.	A l'expiration d'un délai d'1 mois à compter de la date d'envoi de la lettre de résiliation.
Suite au décès du souscripteur	DE PLEIN DROIT	Aucune	Dès survenance de l'événement.

Dans tous les cas de résiliation au cours d'une période d'assurance, nous devons vous restituer la portion de cotisation correspondant à la période où nous ne vous assurons plus sauf en cas de non-paiement de cotisation.

7. Votre cotisation (ou prime)

7.1. Montant et évolution de votre cotisation

En contrepartie de notre couverture, vous devez nous régler la cotisation définie dans vos conditions particulières à la souscription, ainsi que sur les appels annuels de cotisation. Elle est à régler aux dates et selon les modalités prévues dans vos conditions particulières.

Nous avons établi le montant de votre cotisation en fonction des caractéristiques des assurés que vous nous avez demandé de garantir.

Le montant de la cotisation varie selon l'évolution de l'indice « GAV tarif » fixé au 1^{er} janvier précédent pour les accidents de la vie privée, accidents médicaux, accidents de la circulation automobile à l'étranger et accidents de la vie professionnelle.

Si, indépendamment de l'évolution de la cotisation résultant de la variation de l'indice « GAV tarif », nous augmentons notre tarif, vous en êtes informé au début de chaque période annuelle du contrat avec l'appel de cotisation.

Nous nous réservons notamment le droit d'augmenter la cotisation si une décision législative ou réglementaire venait modifier notre engagement ou si les résultats techniques de la garantie le nécessitaient.

Vous en seriez informé au début de la période annuelle du contrat.

Si vous refusez cette modification, vous pouvez résilier le contrat dans un délai de 30 jours à compter de la date à laquelle vous en avez été informé ; vous êtes néanmoins tenu de nous verser la portion de cotisation calculée à l'ancien tarif pour la période allant jusqu'à la date d'effet de la résiliation.

À défaut de cette résiliation, l'augmentation de la cotisation prend effet à compter de la date portée sur l'appel de cotisation.

7.2. Non-paiement

Votre cotisation est à régler aux dates convenues sur vos conditions particulières et avis d'échéance.

En cas de non-paiement de la cotisation (ou de la fraction de cotisation) dans les dix jours de son échéance, **des frais de gestion en cas d'impayés de 10 €** vous seront facturés à chaque retard de paiement et une relance sera effectuée par email pour vous rappeler les conséquences de ce non-paiement.

Si les retards de paiement deviennent répétitifs, nous vous enverrons une lettre recommandée de mise en demeure en application de l'article L113-3 du Code des Assurances. Vous devrez alors régler les cotisations impayées de la période échue, les cotisations correspondant à 30 jours d'assurance à compter de l'envoi de la lettre recommandée de mise en demeure **ainsi que des frais de gestion de mise en demeure de 30 €**

Tout contrat mis en demeure passera en prélèvement annuel.

Les garanties seront suspendues 30 jours après l'envoi de la lettre de mise en demeure.

Nous résilierons le contrat dix jours après la date de suspension des garanties.

7.3. Modification de la franchise et du seuil d'intervention

Si nous augmentons le seuil d'intervention de l'atteinte permanente à l'intégrité physique et/ou psychique ou les franchises, vous en serez informé au début de chaque période annuelle du contrat avec l'appel de cotisation. Si vous refusez cette modification, vous pouvez résilier votre contrat dans un délai de 30 jours à compter de la date à laquelle vous en avez été informé, la garantie vous restant acquise dans les conditions antérieures jusqu'à la date de résiliation du contrat.

À défaut de cette résiliation, la modification du seuil d'intervention ou de la franchise prend effet à compter de la date portée sur l'appel de cotisation.

8. Le règlement de vos sinistres

8.1. La déclaration

8.1.1. Moyens et délais de déclaration

Vous devez nous déclarer tout sinistre en contactant votre conseiller, soit par téléphone (numéro direct de votre conseiller ou par web call back sur le site www.amaguiz.com), soit par courrier électronique, dès que vous en avez connaissance.

Vous devez nous déclarer votre sinistre en précisant les circonstances de l'accident dans les 10 jours ouvrés après sa survenance.

8.1.2. Les éléments à nous transmettre

En cas de demande de mise en œuvre de la garantie invalidité (AIPP), vous devez nous fournir sous pli confidentiel à notre médecin conseil :

- la déclaration de sinistre précisant les circonstances de l'accident,
- le certificat médical du médecin traitant ou du médecin appelé à donner les premiers soins précisant la nature exacte des blessures,
- le certificat médical précisant la date présumée de consolidation des lésions et décrivant les séquelles observées,
- les justificatifs des pertes de revenus (bordereaux d'indemnités journalières, copie des bulletins de salaires avant et après l'accident),
- les justificatifs des frais restés à charge (avec copie des bordereaux de remboursement des organismes sociaux),
- les justificatifs des frais d'assistance d'une tierce personne,
- les justificatifs des frais d'aménagement du domicile ou du véhicule,
- l'attestation de scolarité à l'étranger pour les étudiants à l'étranger.

En cas de décès, les pièces à nous fournir sont :

- la déclaration de sinistre, précisant les circonstances de l'accident et les personnes impliquées,
- le certificat médical constatant le décès et précisant sa nature accidentelle,
- les justificatifs liés aux frais d'obsèques,
- la justification des revenus de la victime : pour chacun des bénéficiaires, une attestation sur l'honneur justifiant de cette qualité, accompagnée de la présentation (en original ou en copie) de l'une des pièces d'état civil suivantes : livret de famille tenu à jour, carte nationale d'identité (recto-verso), extrait d'acte de mariage, certificat de concubinage ou attestation sur l'honneur de concubinage ou attestation d'enregistrement d'un pacte civil de solidarité ;
- l'attestation de scolarité à l'étranger pour les étudiants à l'étranger.

En cas de non-respect du délai de déclaration du sinistre et dans la mesure où nous pouvons établir qu'il en résulte un préjudice pour nous, vous perdez pour le sinistre concerné le bénéfice des garanties de votre contrat, sauf s'il s'agit d'un cas fortuit ou de force majeure.

Si vous n'accomplissez pas les formalités ou ne respectez pas les délais de transmission des pièces, nous pouvons vous demander des dommages et intérêts proportionnés au préjudice qui en résulte pour nous.

En cas de fausses déclarations faites sciemment sur la nature, les causes, les circonstances ou les conséquences d'un sinistre, vous perdez pour ce sinistre le bénéfice des garanties de votre contrat.

8.2. L'expertise

L'expertise médicale a pour objet d'évaluer les séquelles de l'accident dont l'assuré est victime et de nous informer sur les préjudices qui en résultent. Elle est réalisée à notre demande et à nos frais par un médecin diplômé en réparation du dommage corporel. L'assuré ne peut s'y opposer.

L'assuré peut se faire accompagner à ses frais d'un médecin de son choix, chargé de l'assister.

En cas de désaccord sur les conclusions de l'expert, une nouvelle expertise, confiée à un tiers expert choisi et mandaté d'un commun accord, peut être organisée. Le tiers expert est rémunéré pour moitié par chacune des parties.

En cas de désaccord sur le choix du tiers expert ou sur les conclusions de l'expertise qui lui a été confiée, nous pouvons convenir de faire désigner un expert par le Président du Tribunal de Grande Instance. Ce dernier est saisi à nos frais par requête signée des deux parties ou d'une seulement, l'autre ayant été convoquée par **lettre recommandée**.

Le médecin expert adresse un exemplaire de son rapport à l'assuré et à notre Médecin-conseil dans les vingt jours qui suivent l'examen.

8.3. L'indemnisation

Il appartient au(x) bénéficiaire(s) d'apporter la preuve de l'événement accidentel, et de la relation directe de cause à effet entre celui-ci et l'atteinte permanente à l'intégrité physique et/ou psychique ou le décès de la victime. L'indemnité est déterminée en fonction des préjudices effectivement subis.

Les préjudices sont évalués suivant les règles du droit commun, c'est-à-dire selon les règles utilisées par les tribunaux français, sous déduction des prestations à caractère indemnitaire perçues ou à percevoir par l'assuré ou les bénéficiaires, d'un organisme social ou de prévoyance ou de l'employeur.

La déduction des prestations indemnitaires s'exerce uniquement pour les postes de préjudices garantis par le présent contrat.

Même si l'événement objet de la garantie peut donner lieu à recours contre un tiers, assuré ou non, ou entre dans le champ d'intervention d'un fonds d'indemnisation, nous intervenons en priorité vis-à-vis de l'assuré victime, ou des bénéficiaires en cas de décès de celui-ci.

8.3.1. Indemnisation consécutive à l'atteinte permanente à l'intégrité physique et/ou psychique

L'indemnisation des atteintes corporelles se fait après consolidation de l'état de santé de l'assuré. Nous évaluons le préjudice à partir des conclusions du médecin expert et des justificatifs fournis par l'assuré. L'expert se réfère au barème du droit commun et aux justificatifs fournis par l'assuré. En cas de désaccord, les dispositions de l'article 8.2 des présentes Conditions Générales sont applicables.

L'atteinte permanente à l'intégrité physique et/ou psychique dont le taux est inférieur au seuil d'intervention indiqué dans vos conditions particulières ne donne lieu au versement d'aucune indemnité, sauf dans le cas d'une souscription d'un seuil d'intervention à 5%.

En effet, pour les assurés ayant souscrit un contrat avec un seuil d'intervention à 5%, nous pouvons verser un montant forfaitaire de 500€, après avis de de notre médecin conseil si le taux d'AIPP est compris entre 1 et 4%.

Ce montant forfaitaire concerne l'ensemble des préjudices couverts par le contrat GAV. Le taux d'AIPP est déterminé par notre médecin conseil et sur présentation des pièces médicales justifiant un déficit fonctionnel de l'assuré.

Le seuil d'intervention pour les bénéficiaires qui atteignent 70 ans en cours de contrat est obligatoirement fixé à 30 %.

Si l'accident à l'origine d'une atteinte permanente à l'intégrité physique et/ou psychique survient à l'étranger, la garantie est acquise à la condition que la constatation et l'estimation du taux d'atteinte permanente à l'intégrité physique et/ou psychique soient effectuées en France.

En cas de déficits fonctionnels permanents préexistants, notre médecin expert détermine le taux de l'atteinte permanente à l'intégrité physique et/ou psychique de l'assuré correspondant aux seules lésions, directement et exclusivement imputables à l'accident garanti, selon les règles du droit commun. Les éventuels déficits fonctionnels permanents préexistants à l'accident ne sont pas indemnisés.

En cas d'aggravation résultant directement de l'événement accidentel garanti, et constatée par notre médecin expert, l'indemnisation sera calculée sur la base suivante :

- si le taux d'atteinte à l'intégrité physique et/ou psychique initialement fixé est inférieur au seuil d'intervention et que, suite à l'aggravation, le nouveau taux vient dépasser ce seuil, la victime sera indemnisée pour la globalité de son préjudice et non pas pour le seul différentiel de taux ;
- si l'assuré a été indemnisé une première fois, son taux d'atteinte permanente à l'intégrité physique et/ou psychique étant supérieur au seuil d'intervention, il perçoit alors un complément d'indemnisation fonction du différentiel de taux.

8.3.2. Indemnisation consécutive au décès de l'assuré

Nous indemnisons à partir des justificatifs fournis par les personnes physiques ayant subi un préjudice direct du fait du décès de la victime.

En cas de dépassement de la limite du montant de garantie, la répartition de l'indemnité entre les bénéficiaires s'effectue au prorata des droits à indemnisation selon les règles du droit commun.

En cas de désaccord sur l'indemnité proposée, une tierce personne est désignée d'un commun accord ou, à défaut, par le Président du Tribunal de Grande Instance.

La décision de cette tierce personne aura valeur d'arbitrage. Les frais exposés sont à notre charge, sauf décision contraire du Président du Tribunal de Grande Instance.

8.3.3. Non cumul des indemnités

En cas de décès résultant d'un accident ayant donné lieu au paiement des indemnités pour atteinte permanente à l'intégrité physique et/ou psychique, nous versons la différence éventuelle entre le montant de l'indemnité due en cas de décès et le montant de l'indemnité déjà réglée.

Au cas où l'indemnité en cas de décès s'avérerait inférieure à celle déjà versée pour atteinte permanente à l'intégrité physique et/ou psychique permanente, nous nous engageons à ne pas réclamer la différence aux bénéficiaires.

8.3.4. Modalités d'indemnisation

Notre règlement intervient sous la forme d'un capital, dans la limite des montants de plafond de garantie ou du montant forfaitaire stipulés à l'article 5.

Le cumul des indemnités successives ne peut dépasser le plafond de garantie par événement et par victime.

Lorsque la garantie est due, nous faisons une offre définitive d'indemnisation au bénéficiaire dans un délai de cinq mois suivant la date à laquelle nous sommes informés de la consolidation ou du décès de l'assuré, à condition que dans ce délai, le bénéficiaire nous ait communiqué les pièces justificatives et l'état des prestations perçues ou à percevoir.

Dans le cas où le médecin expert ne peut conclure de façon définitive, mais estime que l'atteinte permanente à l'intégrité physique et/ou psychique directement imputable à l'accident dépassera le seuil d'intervention prévu au contrat, nous faisons une offre provisionnelle au bénéficiaire dans le mois suivant la communication qui nous est faite du rapport de l'expertise médicale.

Nous réglons les sommes convenues dans un délai de 15 jours à partir de l'acceptation de l'offre.

8.4. La prescription

Aux termes de l'article L.114-1 du Code des assurances, toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Ce délai est porté à dix ans pour les garanties concernant les accidents atteignant la personne lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

Toutefois, ce délai ne court :

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

Aux termes de l'article L.114-2 du Code des assurances, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption suivante :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (article 2240 du Code civil) ;

- la demande en justice, même en référé, jusqu'à extinction de l'instance. Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure (articles 2241 et 2242 du Code civil). L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée (article 2243 du Code civil) ;
- une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée (article 2244 du Code civil).

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

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

Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers (article 2245 du Code civil). L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution (article 2246 du Code civil)

La prescription est également interrompue par :

- la désignation d'un expert à la suite d'un sinistre ;
- l'envoi **d'une lettre recommandée** avec accusé de réception (par nous en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par vous en ce qui concerne le règlement de l'indemnité).

8.5. La subrogation

Dès que nous avons versé l'indemnité au(x) bénéficiaire(s), le droit éventuel à recourir contre le responsable de l'accident garanti nous est transmis automatiquement à concurrence du montant de l'indemnité versée. Le bénéficiaire de la garantie ne peut s'opposer à la subrogation de l'assureur.

Le bénéficiaire nous subroge dans ses droits (il nous transmet ses droits) et actions à concurrence des sommes que nous lui avons réglées à titre d'indemnité ou dont nous lui avons fait l'avance.

La subrogation ne s'applique pas dans le cadre d'une indemnisation forfaitaire versée en cas d'AIPP inférieure à 5%.

Particularité de la garantie Accidents de la circulation automobile à l'étranger

Lorsque l'assuré est victime d'un accident dont la responsabilité incombe, en tout ou partie, à un tiers, les sommes réglées, dans la proportion de la responsabilité de ce dernier, constituent, selon leur nature, une indemnité ou une avance récupérable sur le recours que nous exercerons contre ce tiers responsable.

À cet effet, l'assuré nous subroge dans ses droits et actions à concurrence des sommes dont nous lui avons fait l'avance. Si l'avance sur recours versée se révèle supérieure au montant de l'indemnité mise à la charge du responsable, nous nous engageons à ne pas réclamer la différence à l'assuré ou aux bénéficiaires.

9. Réclamations

Amaline Assurances a le souci constant de vous apporter la meilleure qualité de service possible.

Les conseillers amaguiz sont à votre disposition pour répondre à l'ensemble de vos questions :

- par téléphone,
- par messagerie,
- ou en demandant à être rappelé par un conseiller.

Pour joindre le Service Client, connectez-vous sur www.amaguiz.com, rubrique « [Nous contacter](#) » ou depuis votre application mobile Mon amaguiz.

La foire aux questions (FAQ) sur le site www.amaguiz.com permet également de répondre aux questions les plus fréquentes qui se posent à vous.

Toutefois, des difficultés peuvent survenir dans la gestion de votre contrat ou dans l'utilisation des services mis à votre disposition.

Vous pouvez alors formuler une réclamation auprès de **votre Service Client qui est votre premier interlocuteur en cas de réclamation.**

Pour cela, connectez-vous sur www.amaguiz.com, rubrique « [Nous contacter](#) », précisez si votre demande concerne la gestion de votre contrat ou un sinistre en cours, puis cliquez sur « **Formuler une réclamation** ».

Si, après sollicitation de ce premier niveau, le désaccord persiste, vous pouvez alors solliciter le Service « **Qualité et Réclamations** » d'Amaline Assurances. Pour cela, connectez-vous sur www.amaguiz.com, rubrique « [Nous contacter](#) », précisez si votre demande concerne la gestion de votre contrat ou un sinistre en cours, puis cliquez sur « **Formuler une réclamation** ». A la différence du premier niveau, précisez bien que votre demande est à l'attention du Service « **Qualité et Réclamations** » d'Amaline Assurances.

Vous pouvez aussi adresser votre réclamation par courrier à l'adresse suivante :

Amaline Assurances
Service Clientèle, Qualité et Réclamations
TSA 47717 - 35 577 Cesson Sévigné CEDEX

Le Service « Clientèle Qualité et Réclamations » d'amaguiz s'engage à accuser réception de votre demande dans les 2 jours ouvrés et à vous apporter une réponse dans les 30 jours ouvrés. En cas de circonstances particulières nécessitant un délai plus long, vous en serez informé.

En dernier lieu, si malgré les deux premiers niveaux de gestion de votre réclamation, vous n'êtes toujours pas satisfait, vous pouvez saisir le Médiateur des Assurances. **Attention, la médiation de l'assurance ne peut être saisie d'une affaire que lorsque toutes les voies de recours internes ont été épuisées.**

Le médiateur a vocation à rechercher une solution amiable lorsque celle-ci n'a pas pu être trouvée auprès d'Amaline Assurances. Il exerce sa fonction en toute indépendance. Vous pouvez le saisir en transmettant votre demande sur <http://www.mediation-assurance.org> ou à l'adresse postale suivante :

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

Le Médiateur vous répondra directement, en vous faisant connaître sa position.

10. Informatique et libertés

Nous traitons les données personnelles vous concernant (ou concernant les personnes parties ou intéressées au contrat) dans le respect de la loi Informatique et Libertés du 6 Janvier 1978 modifiée et des normes édictées par la CNIL.

Leur traitement est nécessaire à la passation, la gestion et l'exécution de votre contrat et de vos garanties, à la gestion de nos relations commerciales et contractuelles, à la gestion du risque de fraude ou à l'exécution de dispositions légales, réglementaires ou administratives en vigueur, selon finalités détaillées ci-dessous.

10.1. Vos droits

Vous disposez, en justifiant de votre identité, d'un droit d'accès, de rectification, de suppression et d'opposition aux données traitées en vous adressant à correspondant-cnil@amaguiz.com.

10.2. Passation, gestion, exécution des contrats et gestion commerciale des clients et prospects

Vous êtes susceptible de recevoir des offres commerciales pour des produits et services analogues (Assurances, Banque et Services) à ceux souscrits, et adaptés à vos besoins, ainsi que de nos partenaires. Vous pouvez vous y opposer à tout moment ou modifier vos choix en nous contactant.

Conformément à l'article L121-34 du code de la consommation, nous vous informons que vous pouvez refuser de faire l'objet de prospection commerciale par téléphone, en vous inscrivant, gratuitement, sur la liste d'opposition nationale au démarchage téléphonique ; du fait de notre relation contractuelle, nous pouvons continuer à vous appeler, même si vous y êtes inscrits.

Les données vous concernant (ou concernant les personnes parties ou intéressées au contrat) sont nécessaires à la gestion des relations commerciales et contractuelles.

Ces informations sont destinées, dans la limite de leurs attributions, à nos services en charge de la gestion commerciale ou de la passation, gestion et exécution des contrats de chacune de vos garanties, à ses délégataires, intermédiaires, partenaires, mandataires, sous-traitants, ou aux autres entités du Groupe Groupama dans le cadre de l'exercice de leurs missions.

Elles peuvent également être transmises s'il y a lieu aux organismes d'assurance des personnes impliquées ou offrant des prestations complémentaires, aux co-assureurs, réassureurs, organismes professionnels et fonds de garanties, ainsi qu'à toutes personnes intervenant au contrat tels qu'avocats, experts, auxiliaires de justice et officiers ministériels, curateurs, tuteurs, enquêteurs, professionnels de santé, Médecins-conseils et personnel habilité, aux organismes sociaux lorsqu'ils interviennent dans le règlement des sinistres et prestations ou lorsque Amaline Assurances offre des garanties complémentaires à celles des régimes sociaux.

Des informations vous concernant peuvent également être transmises à toutes personnes intéressées au contrat (souscripteur, assuré, adhérent et bénéficiaire du contrat, et leurs ayants droits et représentants ; aux bénéficiaires d'une cession ou d'une subrogation des droits relatifs au contrat ; et s'il y a lieu aux responsables, aux victimes et leurs mandataires, aux témoins et tiers intéressés à l'exécution du contrat), ainsi qu'à toutes personnes habilitées au titre de Tiers Autorisés (juridictions, arbitres, médiateurs, ministères concernés, autorités de tutelle et de contrôle et tous organismes publics habilités à les recevoir ainsi qu'aux services en charge du contrôle tels les commissaires aux comptes, auditeurs ainsi que services en charge du contrôle interne).

10.3. Lutte contre la fraude à l'assurance

Nous mettons en œuvre un dispositif ayant pour finalité la lutte contre la fraude à l'assurance pouvant, notamment, conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, inscription pouvant avoir pour effet un allongement de l'étude de votre dossier, voire la réduction ou le refus du bénéfice d'un droit, d'une prestation, d'un contrat ou service proposés par les entités du Groupe Groupama. Dans ce cadre, des données personnelles vous concernant (ou concernant les personnes parties ou intéressées au contrat) peuvent être traitées par toutes personnes habilitées

intervenant au sein des entités du Groupe Groupama dans le cadre de la lutte contre la fraude. Ces données peuvent également être destinées au personnel habilité des organismes directement concernés par une fraude (autres organismes d'assurance ou intermédiaires ; organismes sociaux ou professionnels ; autorités judiciaires, médiateurs, arbitres, auxiliaires de justice, officiers ministériels ; organismes tiers autorisés par une disposition légale et, le cas échéant, les victimes d'actes de fraude ou leurs représentants).

10.4. Lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme

Pour répondre à ses obligations légales, nous mettons en œuvre des traitements de surveillance ayant pour finalité la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme et l'application de sanctions financières

10.5. Enregistrements téléphoniques

Dans le cadre de nos relations, vous pouvez être amené à nous téléphoner. Nous vous informons que ces appels téléphoniques peuvent être enregistrés afin de s'assurer de la bonne exécution de nos prestations à votre égard et plus généralement à faire progresser la qualité de service. Ces enregistrements sont destinés aux seuls services en charge de votre appel. Si vous avez été enregistré et que vous souhaitez écouter l'enregistrement d'un entretien, vous pouvez en faire la demande selon modalités décrites ci-dessus (voir § 10.1).

10.6. Recueil et traitement de données de santé dans le cas de la gestion d'un sinistre corporel

Vous acceptez expressément le recueil et le traitement des données concernant votre santé. Nécessaires à la gestion de votre contrat et de vos garanties, ces données sont traitées dans le respect des règles de confidentialité médicale. Elles sont exclusivement destinées à nos Médecins-conseil ou aux Médecins conseils d'entités du Groupe Groupama en charge de la gestion de vos garanties, à son service médical, ou personnes internes ou externes habilitées spécifiquement (notamment nos délégués ou experts médicaux). Ces informations peuvent également être utilisées au titre de la lutte contre la fraude par des personnes habilitées.

10.7. Mise en œuvre des garanties d'assistance

La mise en œuvre des garanties d'assistance prévues au contrat peut nécessiter le traitement de données personnelles, notamment des données de santé, par Mutuaide Assistance.

Ces informations sont exclusivement destinées aux personnes en charge de la gestion de vos garanties et concernant vos données de santé, aux médecins de l'Assisteur, à ses gestionnaires habilités, et autres personnes habilitées (urgentistes, ambulanciers, médecins locaux, ...).

Certaines données, strictement nécessaires à la mise en œuvre des prestations d'assistance, sont susceptibles de faire l'objet de transferts hors Union Européenne dans l'intérêt de la personne concernée ou de la sauvegarde de la vie humaine.

Vous acceptez expressément, le recueil et le traitement de données de santé dans ce cadre.

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de suppression et d'opposition à toutes informations vous concernant auprès de Mutuaide Assistance, et s'agissant de l'accès à vos données médicales auprès de son Médecin-Conseil. (demande par courrier postal, accompagnée de la photocopie d'une pièce d'identité, à l'adresse Mutuaide Assistance précisée sur vos documents contractuels ou le site mutuaide.fr).

Tout appel téléphonique passé dans le cadre de la mise en œuvre des garanties d'assistance sera systématiquement enregistré sur les plateformes de Mutuaide Assistance aux fins d'assurer une parfaite exécution des prestations. Le droit d'accès à ces enregistrements s'effectue directement auprès de Mutuaide Assistance dans les limites de la durée de conservation de ces enregistrements.

10.8. Etudes, Statistiques

Des données à caractère personnel vous concernant (ou concernant les personnes parties ou intéressées au contrat) sont également susceptibles d'être utilisées et exploitées par Amaline Assurances et les entités du Groupe Groupama (ou leurs sous-traitants) à des fins statistiques ou

d'études, en vue notamment de faire évoluer nos offres de produits et services, de personnalisation de nos relations, de mieux connaître le marché et la concurrence ou d'innovations.

Ces données peuvent être associées, combinées ou inclure des données personnelles vous concernant (ou concernant les personnes parties ou intéressées au contrat) collectées automatiquement ou communiquées par vos soins lors de votre navigation sur notre site internet, de l'usage de certaines fonctionnalités du site ou de notre application mobile (et ce conformément à nos politiques « vie privée et données personnelles » et « cookies » accessibles sur notre site internet ou prévues aux Conditions Générales d'Utilisation du site ou de notre application mobile).

Elles peuvent également être combinées avec des données statistiques ou agrégées issues de différentes sources internes ou externes.

L'ensemble des données à caractère personnel sont traitées dans le respect des réglementations en vigueur, et notamment celles relatives au respect de la vie privée et à la protection des données à caractère personnel.

Ces mentions informatives sont visualisables à tout moment sur notre site internet et actualisées en fonction des évolutions de la réglementation en vigueur (rubrique « Mentions légales »).



Amaguiz.com est une marque d'Amaline Assurances

Amaline Assurances

Société Anonyme au capital de 41.331.600 € entièrement versé

Entreprise régie par le Code des Assurances et soumise à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de
Résolution, 4 Place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09.

Siège social situé au 8/10 rue d'Astorg - 75008 Paris. Immatriculée au Registre du Commerce et des
Sociétés de Paris sous le numéro 393 474 457 - Code APE 6512Z

Adresse postale : Amaline Assurances - TSA 47717 - 35 577 Cesson Sevigne CEDEX

AMAGUIZ- 21/01/2019

The logo for Amaguiz.com features a green stylized arch above the text "amaguiz.com" in a bold, lowercase, green sans-serif font.

une marque The Groupama logo consists of a green sunburst icon above the text "LE GROUPE Groupama" in a green sans-serif font.

AMALINE ASSURANCES - TSA 47717 - 35 577 Cesson Sevigne CEDEX