



Conditions générales

Présentation de la Garantie INDIVIDUELLE ACCIDENT KELPROF



Article 1 : Contenu de la garantie

Lorsqu'une personne physique ayant qualité de bénéficiaire des garanties est victime d'un accident corporel, la mutuelle garantit :

1.1 – le remboursement, dans les limites fixées aux Conditions particulières en vigueur à la date de l'accident :

1.11 – des frais engagés (médecine, chirurgie, pharmacie, hospitalisation, rééducation et réadaptation fonctionnelle, y compris les frais de chiropractie et d'ostéopathie, le forfait hospitalier, transport pour soins, prothèse) pour les soins rendus nécessaires par l'accident jusqu'à la date de guérison, ou à défaut, de consolidation des blessures,

1.12 – des dommages affectant les lunettes correctrices et les lentilles cornéennes,

1.13 – des dommages affectant les prothèses dentaires et auditives, selon les modalités particulières indiquées à l'annexe 1 en vigueur à la date de l'accident,

1.14 – des pertes justifiées de revenus des personnes exerçant une activité professionnelle rémunérée ou des personnes non actives, pendant la période d'incapacité de travail résultant de l'accident.

Les frais et pertes de revenus visés aux articles 1.11 à 1.14 sont ceux restés à charge du bénéficiaire des garanties jusqu'à la date de consolidation après intervention de l'employeur, de la Sécurité Sociale ou de tout autre organisme de protection sociale y compris les sociétés mutualistes.

1.15 – des frais de rattrapage scolaire lorsque l'accident a entraîné une interruption de la scolarité supérieure à 15 jours de classe consécutifs,

1.16 - des frais de recherche et de sauvetage des vies humaines (même en l'absence d'accident).

1.2 - l'accès à des services d'aide à domicile selon les modalités et dans les limites indiquées à l'annexe 2 aux conditions générales, en cas de difficultés pour la structure familiale ou l'environnement proche à faire face aux perturbations découlant de l'accident.

Les frais relatifs aux prestations visées ci-dessus sont pris en charge jusqu'à la date de consolidation, après intervention de la Sécurité sociale, de tout autre organisme de protection sociale (y compris les sociétés mutualistes) et de l'employeur.

1.3 - le versement au profit du bénéficiaire des garanties blessé qui conserve après consolidation une atteinte permanente à l'intégrité physique et psychique, d'une indemnité égale au produit du capital prévu aux Conditions particulières en vigueur à la date de l'accident et du taux d'incapacité déterminé par application du "barème indicatif des déficits fonctionnels séquellaires en droit commun",

1.4 - le versement au profit des ayants droit du bénéficiaire des garanties décédé, ci-après désignés à l'article 8 et vivant après le 30^{ème} jour qui suit l'accident, des capitaux prévus aux Conditions particulières, en vigueur à la date de l'accident.

La garantie

Article 2 : Bénéficiaires des capitaux décès

On entend par ayants droit du bénéficiaire des garanties :

2.1 - Pour le capital de base :

2.11 - dans les hypothèses où la collectivité justifie du règlement de tout ou partie des frais d'obsèques :

- Votre collectivité à concurrence de ses débours, dans la limite du capital prévu aux Conditions particulières,
- le cas échéant les autres ayants droit ci-après désignés, à concurrence du solde du capital garanti,

2.12 - dans les autres hypothèses :

- le conjoint non divorcé ni séparé de corps ou à défaut le concubin du bénéficiaire des garanties décédé,
- à défaut ses enfants à charge ou à défaut ses autres enfants,
- à défaut ses ascendants ou descendants en ligne directe,
- à défaut, ses autres ayants droit,

2.2 - Pour les capitaux supplémentaires :

- le conjoint non divorcé, ni séparé de corps, ou à défaut le concubin du bénéficiaire des garanties décédé,
- l'enfant à charge, défini comme :
- l'enfant célibataire âgé au 1er janvier de l'année considérée de moins de 21 ans, même s'il perçoit un salaire,
- l'enfant célibataire âgé au 1er janvier de l'année considérée de moins de 28 ans s'il poursuit ses études ou s'il est sans emploi, et à la condition que ses ressources annuelles (exception faite des bourses ou allocations de même nature) ne dépassent pas le S.M.I.C.

Article 3 : Conditions d'application de la garantie

Le versement des sommes dues par la mutuelle en application de la garantie, sera effectué dans les 15 jours suivant la réception :

- des pièces justificatives pour les indemnités visées à l'article 1.1,
- de l'accord du bénéficiaire des garanties sur le taux d'incapacité pour les indemnités visées à l'article 1.2,
- de la liste des ayants droit, accompagnée si nécessaire des justificatifs relatifs aux frais d'obsèques, pour les capitaux visés à l'article 1.3.

Article 4 : Règle de non-cumul

4.1 - Lorsque le bénéficiaire des garanties décède des suites de l'accident, postérieurement au versement de l'indemnité due pour l'atteinte permanente à l'intégrité physique et psychique, les capitaux dus au titre du décès ne sont versés que déduction faite des sommes déjà réglées par la mutuelle au titre de l'atteinte permanente à l'intégrité physique et psychique.

4.2 - Lorsque l'accident dont a été victime le bénéficiaire des garanties engage la responsabilité de la collectivité ou d'une autre personne elle-même bénéficiaire des garanties au titre du présent contrat, les garanties ne sont pas accordées. L'éventuel versement préalable des indemnités ou capitaux énumérés à l'article 7 constitue une avance sur le montant des sommes dues par la mutuelle en application de la garantie "Responsabilité civile" souscrite par l'assuré auprès de la mutuelle par contrat séparé.

4.3 - Lorsqu'un même accident déclenche l'application des garanties accordées au titre du présent contrat ainsi que l'application d'une garantie responsabilité civile souscrite par l'assuré auprès de la Mutuelle par contrat séparé, les indemnités dues au titre de chaque contrat ne se cumulent pas.

Article 5 : Exclusions

Sont exclues de la garantie :

5.1 - les conséquences pouvant résulter pour le bénéficiaire des garanties des soins reçus, traitements suivis ou d'interventions chirurgicales non consécutifs à un accident corporel garanti,

5.2 - les affections ou lésions de toute nature qui ne sont pas la conséquence de l'événement accidentel déclaré ou qui sont imputables à une maladie connue ou inconnue du bénéficiaire des garanties.

Sont notamment réputées relever d'une maladie, les lésions internes suivantes :

- les affections musculaires, articulaires, tendineuses et discales, telles que pathologies vertébrales, ruptures musculaires et tendineuses,
- les affections cardio-vasculaires et vasculaires cérébrales,
- les affections virales, microbiennes et parasitaires,

5.3 - lorsqu'ils ne sont pas consécutifs à un état antérieur connu ou inconnu du bénéficiaire des garanties, demeurent toutefois couverts les ruptures tendineuses survenues à l'occasion d'une activité sportive, ainsi que les malaises cardiaques ou vasculaires cérébraux survenus au cours de cette activité ou pendant la phase de récupération.

5.4 - Les sinistres de toute nature :

5.41 - Provenant de guerre civile ou étrangère.

Aux termes de l'article L121-8 du Code des assurances, l'assuré ou le bénéficiaire des garanties doit prouver que le sinistre résulte d'un fait autre que le fait de guerre étrangère ; il appartient à la mutuelle de prouver que le sinistre résulte de la guerre civile.

Demeurent toutefois garantis les sinistres résultant d'actes de terrorisme, d'attentats, d'émeutes ou de mouvements populaires commis sur le territoire national.

5.42 - Résultant de la dessiccation et/ou de la réhydratation des sols, tremblements de terre, éruptions volcaniques, raz-de-marée et autres cataclysmes, exception faite des événements entrant dans le champ d'application de la loi n° 82-600 du 13.07.82 relative à l'indemnisation des victimes de catastrophes naturelles.

5.43 - Causés ou aggravés par des armes ou engins destinés à exploser par modification de structure du noyau de l'atome ou par tout combustible nucléaire, produit ou déchet radioactif, ou par toute autre source de rayonnement ionisant.

5.44 - Résultant de l'utilisation ou de la dissémination des organismes génétiquement modifiés visés par la loi n°92-654 du 13 juillet 1992 et les textes pris pour son application.

5.5 - Les dommages de toute nature causés par l'amiante.

5.6 - Les dommages résultant :

- de la faute intentionnelle ou dolosive de toute personne bénéficiaire des garanties ou de la collectivité assurée,
- de leur participation active à un acte illicite constituant un crime ou un délit intentionnel.

5.7 - Les recherches biomédicales

Les recherches biomédicales visées par l'article L5311-1 du code de la santé publique lorsque l'assuré agit en qualité de promoteur.

Article 6 : Aggravation

L'aggravation susceptible d'ouvrir droit à un complément de réparation se caractérise par une évolution de l'état de l'assuré, en relation directe et certaine avec l'accident, de nature à modifier les conclusions médicales qui ont servi de base à l'indemnisation initiale.

L'indemnisation nouvelle s'effectue, s'il y a lieu, sur la base des capitaux et dans la limite des plafonds en vigueur à la date de l'accident.

En ce qui concerne l'atteinte permanente à l'intégrité physique et psychique, le taux global d'incapacité détermine le capital de référence. L'indemnité est égale au produit de ce capital multiplié par le taux d'aggravation.

La réfection ou le renouvellement d'une prothèse ne sont pas considérés comme constitutifs d'une aggravation et ne donnent pas lieu à une nouvelle indemnisation.

Article 7 : Extensions de garantie

7.1 - Même en l'absence d'accident, la garantie est étendue au remboursement des frais de recherche et de sauvetage des vies humaines dans la limite du plafond indiqué aux Conditions particulières.

7.2 - A concurrence de deux fois les sommes prévues aux Conditions particulières pour les risques « décès » ou « l'atteinte permanente à l'intégrité physique et psychique », la mutuelle garantit le bénéficiaire des garanties contre l'impossibilité d'obtenir du ou des tiers responsable(s) d'un accident, le règlement des indemnités à leur charge en raison de dommages corporels non couverts :

7.21 - en France, par le Fonds de Garantie contre les accidents de la circulation dont l'intervention est régie par les articles L 421-1 à L 421-14, R 421-1 à R 421-20 du Code des assurances, par le Fonds de Garantie des victimes des actes de terrorisme et d'autres infractions dont l'intervention est régie par les articles L 422-1 à L 422-4, R 422-1 à R 422-9 du Code des assurances, par la Commission d'indemnisation des victimes d'infractions instituée par la loi 77.5 du 03.01.1977, ou par le Service d'Aide au Recouvrement en faveur des Victimes (SARVI) institué par la Loi n°2008- 644 du 1^{er} Juillet 2008.

7.22 - à l'étranger par des organismes analogues.

L'insolvabilité du ou des tiers connu(s) sera établie en cas de besoin par une sommation de payer suivie d'un refus ou demeurée sans effet un mois après sa signification.

Annexes

Annexe 1 :

MODALITES DE REMBOURSEMENT DES DOMMAGES AFFECTANT LES PROTHESES

(Cf. § 7.13 – Contenu de la garantie)

Prothèses dentaires fixées

Couronnes, dents à tenon, onlay, bridges...

Tableau d'amortissement

Ancienneté de la prothèse ou du matériel	De 0 à 2 ans	De 2 à 6 ans	De 6 à 10 ans	Au-delà de 10 ans
Taux de remboursement	100 %	75 %	50 %	25 %

Prothèses dentaires amovibles

Tableau d'amortissement

Ancienneté de la prothèse ou du matériel	De 0 à 1 an	De 1 à 4 ans	De 4 à 7 ans	Au-delà de 7 ans
Taux de remboursement	100 %	75 %	50 %	25 %

Prothèses auditives externes amovibles et matériels périphériques des implants cochléaires

Tableau d'amortissement

Ancienneté de la prothèse ou du matériel	De 0 à 1 an	De 1 à 4 ans	De 4 à 7 ans	Au-delà de 7 ans
Taux de remboursement	80 %	60 %	40 %	20 %

Annexe 2 :

SERVICES D'AIDE A DOMICILE EN CAS D'ACCIDENT CORPOREL GARANTI

(Cf. § 7.2 – contenu de la garantie)

En cas de blessures entraînant une hospitalisation de plus de 24 h ou une immobilisation à domicile de plus de 5 jours, la société aide à organiser et prend en charge :	
<ul style="list-style-type: none">▪ une assistance pour les courses, le ménage, la préparation des repas,▪ un accompagnement pour les déplacements que l'assuré victime est dans l'obligation d'effectuer,▪ les frais de voyage aller-retour d'un proche au domicile, OU les frais de transport aller-retour des enfants et/ou des ascendants dépendants, le cas échéant avec accompagnateur, chez un proche désigné, OU la garde de ces mêmes personnes au domicile par un intervenant extérieur, pour la garde des enfants de moins de 15 ans ou des ascendants dépendants vivant sous le toit du sociétaire,▪ les frais de voyage aller-retour d'un proche OU le coût d'une garde-malade au chevet du blessé,▪ la garde des animaux domestiques (chiens, chats), ou leur garde à domicile, OU leur transport chez un proche, OU leur garde dans un établissement spécialisé.	<p>Ces prestations sont prises en charge avec notre accord à concurrence de 3 semaines consécutives et d'un plafond global de 700 €.</p>

Textes légaux et réglementaires

Article L 113-3 du Code des assurances

La prime est payable au domicile de l'assureur ou du mandataire désigné par lui à cet effet. Toutefois, la prime peut être payable au domicile de l'assuré ou à tout autre lieu convenu dans les cas et conditions limitativement fixés par décret en Conseil d'Etat.

A défaut de paiement d'une prime, ou d'une fraction de prime, dans les dix jours de son échéance, et indépendamment du droit pour l'assureur de poursuivre l'exécution du contrat en justice, la garantie ne peut être suspendue que trente jours après la mise en demeure de l'assuré. Au cas où la prime annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de prime, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée. La prime ou fraction de prime est portable dans tous les cas, après la mise en demeure de l'assuré.

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

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

Article L 113-14 du Code des assurances

Dans tous les cas où l'assuré a la faculté de demander la résiliation, il peut le faire à son choix, soit par une déclaration faite contre récépissé au siège social ou chez le représentant de l'assureur dans la localité, soit par acte extrajudiciaire, soit par lettre recommandée, soit par tout autre moyen indiqué dans la police.

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.

Toutefois, ce délai ne court :

1° en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;

2° en cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré.

Article L 114-2 du Code des assurances

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

MAIF - Société d'assurance mutuelle à cotisations variables.
CS 90000 - 79038 Niort cedex 9
Entreprise régie par le Code des assurances

Autorité chargée du contrôle de l'entreprise : Autorité de contrôle prudentiel et de réduction (ACPR)
61 rue Taitbout – 75436 Paris Cedex 09

www.maif-associationsetcollectivites.fr

