

# CONVENTION SPÉCIALE ACCIDENTS CORPORELS

— À L'OCCASION DE MANIFESTATION(S) GARANTIE(S) —

Si mention en est faite dans vos conditions personnelles, la présente convention spéciale fait partie intégrante du contrat « GROUPAMA COHÉSION : Plan d'assurance des associations » et, à ce titre, est régie par les fascicules « Dispositions générales » et « La protection des personnes » de ce contrat (modèle COH 04 - édition octobre 2020).

En cas de contradiction entre les dispositions des fascicules « Dispositions générales » ou « La protection des personnes » du contrat et celles de la présente convention spéciale, il conviendra de faire prévaloir ces dernières.

## 1 OBJET DE VOTRE GARANTIE

Dans le cadre de la ou des manifestation(s) organisée(s) par votre Association, un assuré désigné aux conditions personnelles est victime d'un accident corporel. Des prestations lui sont accordées en fonctions des options que vous avez choisies.

## 2 DÉFINITIONS PROPRES À LA PRÉSENTE GARANTIE

Nous entendons par :

**ASSURÉ** : les personnes physiques désignées dans vos conditions personnelles au titre de la présente garantie.

**BÉNÉFICIAIRE DES PRESTATIONS** :

- en cas d'incapacité permanente, de frais d'acquisition de prothèse dentaire ou d'article d'optique, de frais de soins et d'hospitalisation et/ou d'arrêt de travail donnant lieu à versement d'indemnités journalières et indemnité journalières : l'assuré ;
- en cas de décès : le conjoint de l'assuré non séparé de corps ou la personne vivant maritalement avec l'assuré et domiciliée chez lui, ou le partenaire du Pacte Civil de Solidarité (PACS), à défaut ses enfants nés et à naître, vivants ou représentés dans les conditions définies par les articles 751 et 752 du Code civil, à défaut ses héritiers.

## 3 NOUS GARANTISSONS

Suite à **ACCIDENT CORPOREL** garanti, et dans les limites figurant au tableau des montants de garanties et des franchises, en fonction de l'option de garanties indiquée aux conditions personnelles, nous garantissons le versement :

- d'un capital en cas de décès ;
- d'un capital en cas d'incapacité permanente ;
- de frais d'adaptation ;
- des frais de soins au titre de la garantie complémentaire frais de soins ;
- le cas échéant, des indemnités journalières en cas d'arrêt de travail et/ou d'hospitalisation.

## 4 NOUS NE GARANTISSONS PAS

Outre les exclusions prévues aux dispositions générales et quelles que soient les garanties choisies, nous ne garantissons pas les conséquences :

- des maladies ;
- de toutes lésions ou mutilations volontaires ;
- de tout accident dont la première constatation médicale est antérieure à la date de prise d'effet de la garantie « Accidents Corporels » ;
- d'une aggravation due à un traitement tardif imputable à une négligence de l'assuré ou à l'inobservation intentionnelle des prescriptions du médecin ;
- d'opérations chirurgicales (sauf s'il s'agit de conséquences d'accidents garantis par le contrat) à but esthétique ou non ;
- de suicide ou tentative de suicide ;
- de l'usage de médicaments ou de substances non ordonnés médicalement ;
- d'un état d'imprégnation alcoolique caractérisé par un taux d'alcoolémie égal ou supérieur à la limite fixée par la réglementation relative à la circulation automobile en vigueur au jour de l'événement ;

- d'accidents résultants de la pratique par l'assuré des activités sportives suivantes :
  - la chasse,
  - tous sports aériens (voltige, vol à voile, parachutisme, Ultra Léger Motorisé et ailes volantes non motorisées, parapente, saut à l'élastique), tous sports comportant l'utilisation d'un véhicule terrestre à moteur, tous sports comportant l'utilisation d'un bateau à moteur, ainsi que leurs essais,
  - tous sports pratiqués à titre professionnel ;
- des arrêts de travail :
  - non prescrits médicalement,
  - correspondant aux congés légaux de maternité pour les personnes qui bénéficient d'un régime de protection sociale de base,
  - prescrits à l'occasion de cure thermique ;
- de la manipulation d'engins de guerre dont la détention est illégale ;
- de la fabrication d'explosifs ;
- de la participation à des attentats, émeutes et mouvements populaires, actes de terrorisme, sabotage, malveillance, vandalisme.

Sauf si vous nous l'avez expressément demandé et si mention en est faite dans vos conditions personnelles, nous ne garantissons pas les conséquences des accidents résultant :

- de la spéléologie, de l'alpinisme, de la via-ferrata, escalade sur falaise et structures artificielles ;
- de la pratique de la nage en eau vive, du rafting, du canyoning, du canoë-kayak.

## 5 MODALITÉS DE VOTRE INDEMNISATION

### ► En cas de décès

Le capital est versé aux bénéficiaires, **dans la limite figurant au tableau des montants de garanties et des franchises, en fonction de l'option de garanties indiquée aux conditions personnelles.**

### ► En cas d'incapacité permanente

- En cas d'incapacité permanente totale, le capital **est versé à l'assuré, dans la limite figurant au tableau des montants de garanties et des franchises, en fonction de l'option de garanties indiquée aux conditions personnelles ;**
- en cas d'incapacité permanente partielle, une fraction du capital prévu en cas d'incapacité permanente totale est versée à l'assuré, en fonction du taux d'incapacité déterminé par notre médecin-conseil.

Le taux d'incapacité permanente est déterminé en référence au « Barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun » édité par le Concours Médical et en vigueur au jour de l'expertise.

### ► Les frais d'adaptation

Sont remboursés à l'assuré les frais de relogement ou les dépenses engagées pour adapter l'habitation, l'outil de travail ou le véhicule automobile de l'assuré en cas **incapacité permanente**, totale ou partielle sur présentation des factures ou des justificatifs de dépenses.

Les frais d'adaptation sont attribués dès lors que le taux d'invalidité atteint 66 %, **dans la limite figurant au tableau des montants de garanties et des franchises, en fonction de l'option de garanties indiquée aux conditions personnelles.**

### ► La garantie complémentaire frais de soins

Nous remboursons **dans la limite figurant au tableau des montants de garanties et des franchises, en fonction de l'option de garanties indiquée aux conditions personnelles :**

- des frais de prothèses et d'appareillages, c'est-à-dire :
  - les prothèses dentaires,
  - les prothèses optiques.

Nous intervenons :

- uniquement en complément et après versement des prestations du régime social de base de l'assuré et, éventuellement, d'un autre régime complémentaire (sauf en ce qui concerne le remboursement des prothèses dentaires et optiques, prises en charge par le régime social de base de l'assuré), dans la limite des dépenses engagées,
- concernant les frais de prothèses dentaires, notre remboursement s'effectue, par an et par personne, dans la limite du montant fixé dans vos conditions personnelles,
- concernant les frais de lunettes et de lentilles, notre remboursement vient en complément des frais d'optique et s'effectue, par an et par personne, à concurrence du montant fixé dans vos conditions personnelles,
- concernant les prothèses dentaires et optiques non prises en charge par le régime social de base de l'assuré, notre remboursement s'effectue, par an et par personne, à concurrence du montant fixé dans vos conditions personnelles ;
- des frais de soins, c'est-à-dire de frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques, d'hospitalisation et de transport engagés par l'assuré, **à l'exclusion des frais de prothèses dentaires et d'articles d'optique.**

Ceux-ci sont remboursés :

- uniquement en complément et après versement des prestations du régime social de base de l'assuré et, éventuellement d'un autre régime complémentaire,
- dans la limite des dépenses engagées et de l'option choisie et mentionnée dans les conditions personnelles.

## ► Indemnités journalières

En cas d'hospitalisation et/ou d'arrêt de travail sont versées **dans la limite figurant au tableau des montants de garanties et des franchises, en fonction de l'option de garanties indiquée aux conditions personnelles** :

- une allocation journalière hospitalière : elle est versée pendant toute la durée de l'hospitalisation sans pouvoir excéder 90 jours pour un même accident, y compris les rechutes et les séquelles dès le 2<sup>ème</sup> jour en cas d'hospitalisation médicale ou chirurgicale.

Toutefois, si l'assuré est à nouveau hospitalisé pour la même cause, moins de 2 mois après la fin d'une précédente hospitalisation ayant donné lieu à indemnisation, il ne sera pas fait application d'une nouvelle franchise.

En cas de séjour dans un établissement de convalescence, la durée maximale de versement est de 30 jours par période de 12 mois ;

- des indemnités journalières en cas d'arrêt de travail : sont versées des indemnités journalières en cas d'arrêt de travail consécutif à un accident entraînant une incapacité temporaire totale.

Les indemnités sont dues pour chaque jour d'arrêt de travail ; leur versement ne débute qu'à l'expiration d'un délai de franchise qui est indiqué dans vos conditions personnelles et cessent au plus tard 90 jours après le 1<sup>er</sup> jour de l'arrêt de travail.

Le délai de franchise ne s'applique pas si, ayant repris son travail, l'assuré doit l'interrompre à nouveau pour la même cause, moins de 2 mois après la fin de l'arrêt de travail ayant fait l'objet d'une précédente indemnisation.

En revanche pour toute rechute qui surviendrait au delà de ces 2 mois, le délai de franchise serait de nouveau appliqué.

Le versement des prestations cesse :

- lorsque l'assuré reprend son travail ou son activité;
- lorsque son état de santé étant considéré comme stabilisé, l'assuré n'est plus reconnu en arrêt de travail par notre médecin-conseil (soit parce qu'il est invalide, soit parce qu'il est apte à reprendre son travail ou son activité),
- à l'expiration d'une durée de 90 jours à compter du premier jour de l'arrêt de travail pour un même accident,
- si pour un même événement, l'assuré bénéficie, en une ou plusieurs fois, des prestations correspondant à cette durée maximale, il ne pourra prétendre à aucune nouvelle prestation au titre de cet événement.

## ► Les frais de recherche

En cas d'intervention des services de recherche, nous remboursons les frais de recherche et de sauvetage si l'assuré est signalé disparu ou en péril à l'occasion des activités organisées par l'association **dans la limite figurant au tableau des montants de garanties et des franchises, en fonction de l'option de garanties indiquée aux conditions personnelles**.

Sont également remboursés les frais de transport du lieu de l'accident jusqu'au point le plus proche desservi par un moyen de transport.

## 5

## FORMALITÉS À ACCOMPLIR ET PIÈCES À NOUS TRANSMETTRE

L'assuré, ou le bénéficiaire le cas échéant, doit :

- en cas de décès, joindre à la demande de règlement :
  - un certificat médical indiquant la nature accidentel du décès,
  - l'acte de décès de l'assuré,
  - une fiche d'état civil ;
- en cas d'incapacité permanente, adresser à l'assureur dans un délai de 10 jours un certificat médical indiquant la cause de son incapacité permanente, la date présumée de consolidation de ses blessures ou de stabilisation de son état de santé. La détermination du taux d'incapacité est subordonnée à l'examen à passer auprès du médecin conseil de l'assureur ;
- en cas d'arrêt de travail, l'assuré doit adresser dans un délai de 10 jours un certificat médical indiquant la cause médicale de cet arrêt, son point de départ et sa durée probable.

Le maintien des prestations est ensuite subordonné à la production des certificats médicaux de prolongation d'arrêt de travail et aux examens que l'assureur peut lui demander de passer auprès du médecin conseil de l'assureur ;

- en cas de frais de soins, transmettre à l'assureur la demande de remboursement accompagnée :
  - de l'original du décompte de remboursement du régime social de base,
  - des factures acquittées concernant les frais d'hospitalisation, d'examen de laboratoire, d'optique, de prothèse, d'orthopédie...
  - éventuellement des décomptes détaillés établis par d'autres organismes ayant servi ces prestations au titre de tout autre régime complémentaire.

La demande de remboursement doit être adressée à l'assureur un mois au plus tard après la réception du décompte de remboursement du régime social de base ou après la fin du séjour de l'assuré dans un établissement hospitalier.

Si l'assuré désire que la communication des renseignements concernant son état de santé reste confidentielle, il peut adresser directement ces renseignements au médecin-conseil de l'assureur qui, seul, en prendra connaissance et transmettra à l'assureur les instructions nécessaires à l'application du présent contrat.

## 7 DATE D'EFFET DES GARANTIES

Garantie	Date d'effet
<ul style="list-style-type: none"><li>• Décès</li><li>• Incapacité permanente</li><li>• Frais d'adaptation</li><li>• Allocation journalière hospitalière</li><li>• Complémentaire frais de soins</li></ul>	La garantie entre en vigueur à la date d'effet qui figure dans vos conditions personnelles
<ul style="list-style-type: none"><li>• Indemnités journalières arrêt de travail</li></ul>	Les indemnités journalières sont dues pour chaque jour d'arrêt de travail : leurs versements ne débutent qu'à l'expiration du délai de franchise qui est indiqué dans vos conditions personnelles et cessent au plus tard 91 jours après le 1 <sup>er</sup> jour de l'arrêt de travail

## 8 LA FIN DE VOTRE GARANTIE

Les garanties prennent fin à la date de résiliation ou de cessation du contrat.

Le versement des prestations en cours se poursuit selon la durée prévue au contrat.

## Extension Assistance Santé

### 1 OBJET DE VOTRE EXTENSION DE GARANTIE

Par extension à la souscription des garanties « Accidents corporels » et dans le cadre d'accidents survenant à l'occasion d'une manifestation organisée par votre Association vous bénéficiez si mention en est faite dans vos conditions personnelles, des prestations d'assistance définies ci-après.

La gestion de ces prestations est confiée à :

#### MUTUAIDE ASSISTANCE

8/14 avenue des Frères Lumière  
94368 Bry-sur-Marne Cedex

Entreprise régie par le Code des assurances

Société anonyme à Directoire et Conseil de Surveillance  
au capital de 9 590 040 € - R.C.S. Créteil B 383 974 086

et soumise à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR)  
61 rue Taitbout, 75436 Paris Cédex 09

### 2 DÉFINITIONS PROPRES À LA PRÉSENTE EXTENSION DE GARANTIE

Nous entendons par :

**ASSISTANCE SANTÉ** : l'ensemble des prestations mises en œuvre à votre domicile situé en France Métropolitaine, Andorre ou Principauté de Monaco, pour couvrir les conséquences d'une incapacité temporaire médicalement justifiée et prouvée, consécutive à un accident ou pour faire suite à un décès accidentel dans le cadre des activités de l'Association.

**BÉNÉFICIAIRE DE L'ASSISTANCE SANTÉ** : toutes personnes désignées par votre Association dans ses conditions personnelles.

**INCAPACITÉ TEMPORAIRE DU BÉNÉFICIAIRE** : l'état qui empêche le bénéficiaire d'exercer son activité professionnelle habituelle et correspondant à l'une des deux situations suivantes :

- l'immobilisation à son domicile (suite à hospitalisation ou non), pour une durée de plus de 8 jours consécutifs, pour des raisons médicalement justifiées et prouvées, faisant suite à un accident ;
- l'hospitalisation dans un établissement de soins pour une durée de plus de 2 jours consécutifs, non prescrite médicalement plus de 3 jours à l'avance.

**INCAPACITÉ TEMPORAIRE DES ENFANTS DU BÉNÉFICIAIRE** : l'état qui empêche l'enfant de poursuivre sa scolarité en l'immobilisant à son domicile.

**CERTIFICAT DESCRIPTIF** : le document justifiant et prouvant l'hospitalisation ou l'immobilisation d'un bénéficiaire à son domicile. Il est complété à la fois par le médecin qui atteste l'incapacité et par le bénéficiaire qui complète la partie administrative. Après avoir contacté l'Assistance de Groupama, le bénéficiaire envoie ce document au service Médical de Mutuaide Assistance. Il sera traité dans le respect du secret médical.

**DOMICILE** : la résidence principale déclarée par le bénéficiaire. Cette résidence se situe en France Métropolitaine, Andorre ou Principauté de Monaco.

**ANIMAUX FAMILIERS** : le ou les chien(s), chat(s), ou autres animaux domestiques qui vivent au domicile du bénéficiaire.

**NOUS ORGANISONS** : nous accomplissons les démarches qui vous sont nécessaires pour avoir accès à la prestation.

**NOUS PRENONS EN CHARGE** : nous finançons la prestation dans les conditions prévues au tableau des montants des garanties et des franchises.

### 3 NOUS GARANTISSONS

A l'occasion des activités organisées par votre Association, nous garantissons l'ensemble des prestations mises en œuvre au domicile du bénéficiaire situé en France Métropolitaine, Andorre ou Principauté de Monaco, pour couvrir les conséquences d'une incapacité temporaire consécutive à un accident ou pour faire suite à un décès accidentel.

Cette incapacité devra être médicalement justifiée et prouvée par l'envoi du certificat médical descriptif.

#### ▶ L'hospitalisation ou le décès d'un bénéficiaire

- En cas d'hospitalisation ou de décès d'un bénéficiaire, nous organisons et prenons en charge le retour d'un autre bénéficiaire se trouvant en déplacement (voyage d'agrément, voyage d'affaires, séjour résidence secondaire), pour le ramener à son domicile déclaré dans le contrat d'assurance, en France Métropolitaine, Andorre ou Principauté de Monaco et ce, sur la base d'un billet de train 1<sup>ère</sup> classe ou d'avion classe tourisme.
- En cas d'accident nécessitant l'hospitalisation d'un bénéficiaire, nous organisons (mais ne prenons pas en charge) son transport jusqu'à l'hôpital approprié le plus proche, sous réserve que l'événement ait été dûment constaté par un médecin et ait donné lieu à la délivrance d'un bon de transport.

**En aucun cas nous ne pouvons nous substituer aux secours locaux d'urgence tels que SAMU, SMUR, Pompiers, etc.**

#### ▶ L'incapacité temporaire d'un bénéficiaire

En cas d'incapacité temporaire médicalement justifiée et prouvée par le certificat médical descriptif, nous organisons et prenons en charge, dès le premier jour, l'une des prestations suivantes :

- soit, la venue d'une personne désignée par le bénéficiaire pour lui apporter une aide au quotidien. Nous organisons et prenons en charge les frais de transport aller/retour de cette personne résidant en France Métropolitaine, Principautés d'Andorre ou de Monaco, ou résidant dans le pays limitrophe à moins de 100 km de son domicile pour les frontaliers, et ce, dans la limite définie au tableau des montants des garanties et des franchises.  
De plus, en cas d'hospitalisation du bénéficiaire, nous prenons en charge les frais d'hébergement en hôtel ou les frais de mise à dis-

position d'un lit d'accompagnant dans l'établissement hospitalier (y compris le petit-déjeuner), de la personne qui se rend sur place dans la limite de l'ensemble de la dépense n'excédant pas la limite définie au tableau des montants des garanties et des franchises. Les frais de restauration restent à la charge de cette personne ;

- soit, dans la limite des contraintes locales, l'organisation et la prise en charge d'une aide ménagère pour effectuer les tâches indispensables de la vie quotidienne. Cette personne assistera le bénéficiaire à raison de 2 heures consécutives par jour, du lundi au vendredi hors jours fériés dans une tranche horaire de 8 h 00 à 19 h 00, pour la durée de l'incapacité et au maximum pour 20 heures.  
Cette prestation est également organisée et prise en charge en cas de décès du bénéficiaire pour le conjoint resté seul ou pour un proche resté seul et vivant de manière permanente sous le même toit que le bénéficiaire et ce, dans la limite d'un mois à compter du décès ;
- soit, dans la limite des contraintes locales, la livraison d'un repas par jour dans la limite de 15 portages, pour la durée de l'incapacité, et la livraison de médicaments prescrits par le médecin, à concurrence de 2 livraisons. Le coût des repas et le montant des médicaments restent à la charge du bénéficiaire.

**L'une de ces prestations est accordée dans la limite de 2 fois par an et par bénéficiaire.**

#### ▶ L'incapacité temporaire d'un bénéficiaire de 60 ans et plus

En cas d'immobilisation d'un bénéficiaire de 60 ans et plus, pour une durée de plus de 8 jours consécutifs à son domicile, médicalement justifiée et prouvée par le certificat médical descriptif, et à son retour d'hospitalisation, nous organisons et prenons en charge la mise à disposition d'un dispositif de téléassistance, 24h/24 pendant 2 mois.

**Cette prestation est accordée une fois par an et par bénéficiaire.**

#### ▶ L'incapacité temporaire ou le décès d'un bénéficiaire avec des enfants de moins de 15 ans

En cas d'incapacité temporaire d'un bénéficiaire, médicalement justifiée et prouvée par le certificat médical descriptif, ou en cas de décès d'un bénéficiaire, nous organisons et prenons en charge dès le premier jour, pour les enfants bénéficiaires de moins de 15 ans, l'une des 3 prestations suivantes :

- soit, dans la limite des contraintes locales, la garde au domicile des enfants, par une personne compétente et qualifiée, dans une tranche horaire de 8 h 00 à 19 h 00 du lundi au vendredi, hors jours fériés, pour la durée de l'incapacité, au maximum pour 20 heures ;
- soit, leur transport quotidien domicile/école/domicile à raison de 2 fois par jour, pendant la durée de l'incapacité et au maximum pour 5 jours ;
- soit, le transport aller/retour des enfants jusqu'au domicile d'un proche désigné par le bénéficiaire et résidant en France Métropolitaine, Andorre et Principauté de Monaco, dans la limite (y compris le coût de l'accompagnateur) définie au tableau des montants de garanties et des franchises.



**L'une de ces prestations est accordée dans la limite de 2 fois par an et par bénéficiaire. Elle est cumulable avec les prestations prévues au paragraphe «L'incapacité temporaire d'un bénéficiaire».**

### ► L'incapacité temporaire des enfants de moins de 18 ans

Pour celui ou ceux des enfants bénéficiaires, âgé(s) de moins de 18 ans et en incapacité temporaire, médicalement prescrite par le médecin, nous organisons et prenons en charge, dans la limite des contraintes locales, dès le premier jour, l'une des 3 prestations suivantes :

- soit, la venue d'une personne désignée par le bénéficiaire pour lui apporter une aide au quotidien. Nous organisons et prenons en charge les frais de transport aller/retour de cette personne résidant en France Métropolitaine, Principautés d'Andorre ou de Monaco, ou résidant dans le pays limitrophe à moins de 100 km de son domicile pour les frontaliers, et ce, dans la limite définie au tableau des montants de garanties et des franchises ;  
De plus, en cas d'hospitalisation du bénéficiaire, nous prenons en charge 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 qui se rend sur place dans la limite fixée par nuit, l'ensemble de la dépense n'excédant pas le montant fixé aux conditions personnelles. Les frais de restauration restent à la charge de cette personne ;
- soit, la garde au domicile des enfants, par une personne compétente et qualifiée, dans une tranche horaire de 8 h 00 à 19 h 00 du lundi au vendredi, hors jours fériés, pour une durée de l'incapacité au maximum pour 20 heures ;
- soit, leur soutien pédagogique ; cette garantie s'applique aux enfants du primaire ou secondaire, sous forme de cours particuliers donnés à leur domicile, pour la durée de l'incapacité et au maximum pour un mois, à concurrence de 3 heures consécutives par jour ouvrable, hors vacances scolaires.

**L'une de ces prestations est accordée une fois par an et par enfant.**

### ► L'incapacité temporaire d'un bénéficiaire avec des animaux

En cas d'incapacité temporaire d'un bénéficiaire, s'il vit seul et si personne n'est susceptible de s'occuper de ses animaux familiers, pour une durée de plus de 8 jours consécutifs à son domicile, ou pour une hospitalisation de plus de 2 jours consécutifs, médicalement justifiée et prouvée par le certificat médical descriptif, nous organisons et prenons en charge, dès le premier jour, l'une des 2 prestations suivantes :

- soit, la prise en charge des soins prodigués à ses animaux familiers, (alimentation, promenade), par un voisin, dans la limite définie aux conditions personnelles par jour pour la durée de l'incapacité, et au maximum pour 10 jours ;
- soit le transport de ses animaux jusqu'à la pension animalière la plus proche susceptible de les accueillir, dans la limite définie au tableau des montants de garantie et des franchises.

**Les frais de nourriture ou de pension animalière restent à la charge du bénéficiaire.**

**L'une de ces prestations est accordée dans la limite de 2 fois par an et par bénéficiaire. Elle est cumulable avec les prestations prévues au paragraphe «L'incapacité temporaire d'un bénéficiaire».**

### ► La recherche d'informations santé

**Nous vous mettons en relation avec tout prestataire ou organisme susceptible de répondre à votre demande de renseignements ou d'intervention, ou pour régler un problème dans les domaines de la santé :**

- mise en relation avec un médecin en cas de maladie ou d'accident survenant au domicile et en l'absence dûment constatée du médecin traitant ;
- recherche de kinésithérapeutes, infirmiers, etc. ;
- recherche d'établissements hospitaliers (spécialisés ou non), de centres d'hébergements temporaires et/ou longue durée (convalescences, cures, maisons de retraite, etc.) 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 notamment téléphonique.

Ce service de renseignement est à votre disposition, du lundi au samedi, de 9 h 00 à 21 h 00, hors jours fériés. Notre rôle se limite à vous fournir des adresses et des numéros de téléphone.

Il vous appartient de sélectionner le prestataire de votre choix et de négocier avec lui les conditions de son intervention. En aucun cas, nous ne pourrions nous porter garants de la qualité des soins dispensés et voir notre responsabilité engagée à ce titre.

**En aucun cas, nous ne pouvons nous substituer aux secours locaux d'urgence tels que SAMU, SMUR, Pompiers, etc.**

**Sont exclues toutes prises en charge de frais, rémunération de services ou de prestations, de même que toutes avances de fonds.**

## 4 NOUS NE GARANTISSONS PAS

**Outre les exclusions figurant aux dispositions générales, nos prestations d'«Assistance Santé» ne sont pas mises en œuvre pour :**

- les maladies ;
- une hospitalisation du bénéficiaire, de moins de 2 jours consécutifs ;
- une immobilisation au domicile du bénéficiaire de moins de 8 jours consécutifs ;

- les états de grossesse, l'accouchement ;
- un acte intentionnel ou dolosif d'un bénéficiaire ;
- les prestations qui n'ont pas été organisées par nos soins ou en accord avec nous ne donnent pas droit à un remboursement ou une indemnité compensatrice.

## 5 OÙ S'EXERCENT VOS GARANTIES ?

Vous bénéficiez des prestations de la garantie « Assistance santé » pour les risques situés en France Métropolitaine, Principautés d'Andorre et de Monaco.

## 6 QUELLES SONT LES LIMITES DE VOS GARANTIES ?

Elles sont définies dans le tableau des montants des garanties et des franchises.

## 7 QUELLES SONT LES CONDITIONS D'INTERVENTION DES GARANTIES ?

Seul l'appel téléphonique au moment de l'événement permet le déclenchement de l'assistance. Les prestations doivent être organisées par nos soins, ou avec notre accord.

Notre responsabilité ne peut en aucun cas être engagée pour des manquement ou contretemps à l'exécution de nos obligations qui résulteraient de cas de force majeure, ou d'événements tels que guerre civile ou étrangère, révolution, mouvement populaire, émeute, grève, saisie ou contrainte par la force publique, interdiction officielle, piraterie, explosions d'engins, effet nucléaire ou radioactif, empêchement climatique.

**Nous intervenons dans la limite des accords donnés par les autorités locales.** Nous ne pouvons, en aucun cas, nous substituer aux organismes locaux de secours d'urgence.

Pour bénéficier d'une prestation, nous pouvons vous demander de justifier de la qualité que vous invoquez et de produire, à vos frais, les pièces et documents prouvant ce droit.

Les prestations d'assistance seront prises en charge dans les conditions suivantes :

- **remboursement des titres de transport** : si vous n'avez pas utilisé un ou des titres de transport, du fait de votre retour d'urgence, nous vous demanderons, dans le mois qui suit votre retour, de nous adresser le montant du remboursement correspondant à ce(s) titre(s) sauf à nous justifier que ce ou ces titre(s) n'est (ou ne sont) pas remboursable(s) ;
- **remboursement de factures** : nous vous rembourserons, sur présentation des originaux, les factures correspondant à des frais engagés **avec notre accord** et sous réserve de nous avoir contactés dans les délais impartis.

Ces demandes doivent être adressées à :

**MUTUAIDE ASSISTANCE**  
8/14, avenue des Frères Lumière  
94366 BRY-SUR-MARNE Cedex

## 8 QUI APPELER POUR BÉNÉFICIER DE L'ASSISTANCE SANTÉ ?

Pour nous permettre d'intervenir dans les meilleures conditions, vous devez contacter :

**MUTUAIDE ASSISTANCE 24h/24, 7 jours/7.**

Seul l'appel téléphonique au moment de l'événement permet le déclenchement de l'assistance.

### PAR TÉLÉPHONE

De France :

**01 45 16 66 53**  
au prix d'une communication locale

De l'étranger :

**33 1 45 16 66 53**  
précédé de l'indicatif local d'accès  
au réseau international

### PAR FAX (OU TÉLÉCOPIE)

De France :

**01 45 16 63 92** ou **01 45 16 63 94**

De l'étranger :

**33 1 45 16 63 92** ou **33 1 45 16 63 94**  
précédé de l'indicatif local d'accès  
au réseau international

Pensez à rassembler les informations suivantes qui vous seront demandées lors de votre appel :

- nom, prénom,
- nom de votre Caisse Régionale Groupama,
- numéro de votre contrat d'assurance Groupama,
- lieu où vous vous trouvez au moment de l'appel,
- numéro de téléphone où nous pouvons vous joindre,
- nature de votre problème.

## 9 TABLEAU DES MONTANTS DES GARANTIES ET DES FRANCHISES

Voir les tableaux pages suivantes.

## LA PROTECTION DES PERSONNES

**Montants indexés suivant l'indice AGIRC (0,4378 au 01/11/2018) converti en point AGIRC-ARCO (valeur au 1/11/2019 : 1,2714 €) avec application d'un coefficient de raccordement (valeur : 0,3478) sauf particularités (\*)**

**Ces montants s'entendent en euros par sinistre.**

GARANTIES	CAPITAUX			FRANCHISES SEUILS D'INTERVENTION
	OPTION 1	OPTION 2	OPTION 3	
<b>Accidents corporels</b>				
• Décès	20 120 €	50 300 €	100 600 €	
• Incapacité permanente	40 240 €	100 600 €	201 200 €	Le taux d'incapacité permanente doit être supérieur à 10 % (SAUF pour les associations sportives)
• Frais d'adaptation	5 030 €	5 030 €	5 030 €	Sans
• Complémentaire frais de soins	302 €	704 €	1 509 €	Sans
– dont frais dentaires	50 € par dent	50 € par dent	50 € par dent	
– dont frais d'optique	70 € par article d'optique	70 € par article d'optique	70 € par article d'optique	
• Indemnités journalières	20 € par jour	70 € par jour	151 € par jour	15 jours - durée maximale d'indemnisation 90 jours
• Frais de recherche	5 030 €	5 030 €	5 030 €	Sans

PRESTATIONS	NATURE DES PRESTATIONS	MONTANTS TTC (*)
<b>Extension Assistance santé</b>		
• <b>Hospitalisation ou décès d'un bénéficiaire</b>	Frais de retour anticipé Mise en relation avec un ambulancier	Billet Aller simple de train 1 <sup>ère</sup> classe ou avion classe tourisme
• <b>Incapacité temporaire d'un bénéficiaire (1)</b>	Frais de transport d'un proche  <b>et</b> En cas d'hospitalisation, frais d'hébergement en hôtel pour un proche  Frais d'une aide ménagère pour le bénéficiaire  <b>ou</b> En cas de décès du bénéficiaire, frais d'une aide ménagère pour le conjoint resté seul (2)  Frais de portage de plateaux repas et frais de livraison de médicaments	Billet Aller/Retour de train 1 <sup>ère</sup> classe ou avion classe tourisme dans la limite de 305 €  Durée de l'hospitalisation dans la limite de 46 € par nuit et de 230 €  Pour l'ensemble de la dépense durée de l'incapacité et dans la limite de 20 heures  Dans la limite de 20 heures et dans le mois qui suit l'événement  Durée de l'incapacité dans la limite de 15 portages de repas et dans la limite de 2 livraisons de médicaments
• <b>Incapacité temporaire ou retour d'hospitalisation d'un bénéficiaire de 60 ans et plus (3)</b>	Mise à disposition d'un dispositif de téléassistance 24h/24	Durée de l'incapacité et dans la limite de 20 mois

(\*) Montant(s) non indexé(s)

(1) L'une des prestations de cet événement est accordée 2 fois par an et par contrat d'Assurance Santé.

(2) Ou pour un proche resté seul et vivant de manière permanente sous le même toit que le bénéficiaire.

(3) La prestation de cet événement est accordée une fois par an et par contrat d'Assurance Santé.



PRESTATIONS	NATURE DES PRESTATIONS	MONTANTS TTC (*)
<b>Extension Assistance santé - suite</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Incapacité temporaire ou décès d'un bénéficiaire avec des enfants de moins de 15 ans (1)</b></li> </ul>	Frais de garde des enfants  Frais de transport quotidien à l'école  Frais de transport des enfants chez un proche	durée de l'incapacité et dans la limite de 20 heures  Durée de l'incapacité et dans la limite de 5 jours  Billet Aller/Retour de train 1 <sup>ère</sup> classe ou avion classe tourisme dans la limite de 305 €
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Incapacité temporaire d'un enfant de moins de 18 ans (4)</b></li> </ul>	Frais de transport d'un proche  <b>et</b>  En cas d'hospitalisation, frais d'hébergement en hôtel ou frais de mise à disposition d'un lit à l'hôpital le plus proche  Frais de garde  Frais de soutien scolaire  Frais des soins apportés par un voisin  Frais de transport vers une pension animalière	Billet Aller/Retour de train 1 <sup>ère</sup> classe ou avion classe tourisme dans la limite de 305 €  Durée de l'hospitalisation dans la limite de 46 € par nuit et de 230 € pour l'ensemble de la dépense  Durée de l'incapacité et dans la limite de 20 heures  Durée de l'incapacité et dans la limite de 1 mois hors vacances scolaires  Durée de l'incapacité, dans la limite de 10 jours et de 7,70 € par jour  Durée de l'incapacité et dans la limite de 305 €

(\*) Montant(s) non indexé(s)

(1) L'une des prestations de cet événement est accordée 2 fois par an et par contrat d'Assurance Santé.

(4) L'une des prestations de cet événement est accordée 1 fois par an et par enfant.

Code référence CS24 - Édition octobre 2020 - Modèle COH 04 - PAO/SP3

