

NOTE D'INFORMATION

CONDITIONS GENERALES

INTRODUCTION

Votre contrat se compose des deux éléments suivants :

Les présentes Dispositions Générales

- Elles indiquent le fonctionnement de votre contrat, le contenu des garanties ainsi que les exclusions.

Les Dispositions Particulières

- Elles comportent les éléments personnels de votre contrat, vos déclarations et les garanties que vous avez souscrites.

Le contrat est régi par le Code des Assurances.

Ce contrat a été conçu pour vous protéger dans le cas où vous seriez victime de dommages corporels à la suite d'un événement accidentel survenu dans le cadre de votre vie privée.

CETTE PAGE EST DESTINÉE
A ENCARTER VOS
DISPOSITIONS PARTICULIERES

SOMMAIRE

LEXIQUE	4
OBJET DU CONTRAT	5
ÉVÉNEMENTS GARANTIS	5
Les accidents de la vie privée:	5
Les accidents dus à des attentats, des actes de terrorisme ou à des infractions:	5
Les accidents médicaux	5
OBJET DE LA GARANTIE	6
En cas d'accident entraînant le décès de l'assuré	6
En cas d'accident entraînant une incapacité permanente de l'assuré supérieur au taux de franchise mentionnée aux Dispositions Particulières	6
INDEMNISATION MINIMUM GARANTIE	7
PLAFONDS DE GARANTIE	7
LES PERSONNES ASSURÉES	8
L'ÉTENDUE TERRITORIALE DE VOS GARANTIES	8
LA PÉRIODE DE VALIDITÉ DE VOS GARANTIES	8
EXCLUSIONS	9
EXCLUSIONS COMMUNES AUX GARANTIES DÉCÈS ET INCAPACITÉ PERMANENTE	9
EXCLUSIONS APPLICABLES À LA GARANTIE INCAPACITÉ PERMANENTE SEULE.	9
LA VIE DU CONTRAT	10
FORMATION DURÉE RÉSILIATION	10
Quand le contrat prend-il effet ?	10
Quelle est la durée du contrat ?	10
Comment résilier le contrat ?	10
Forme de la résiliation :	10
Date d'envoi de la lettre de résiliation :	10
VOS DÉCLARATIONS	12
Que devez-vous nous déclarer ?	12
Quelles formalités respecter lors de vos déclarations en cours de contrat ?	13
LA COTISATION	13
Qu'advient-il si nous révisions le tarif applicable à ce contrat ?	13
Quand et ou devez-vous payer la cotisation ?	13
Prélèvement	14
ADAPTATION PÉRIODIQUE DE LA COTISATION ET DES GARANTIES	14
LE SINISTRE	15
VOS OBLIGATIONS	15
Que devez-vous faire en cas de sinistre ?	15
Selon quelles modalités ?	15
Quels renseignements devez-vous nous faire parvenir ?	15
COMMENT EST ÉVALUÉ LE PRÉJUDICE ?	16
L'expertise médicale	16
Que faire en cas de litiges ?	17
Aggravation	17
RÈGLES DE NON-CUMUL DES INDEMNITÉS D'INCAPACITÉ PERMANENTE ET DE DÉCÈS	17
RÈGLES DE NON-CUMUL DES PRESTATIONS	17
DANS QUELS DÉLAIS RÉGLONS-NOUS ?	18
DISPOSITIONS DIVERSES	19
ASSURANCES CUMULATIVES	19
SUBROGATION	19
PRESCRIPTION	19
INFORMATION DE L'ASSURÉ	20
Examen des réclamations et procédure de médiation	20
Autorité de contrôle	20
Droit d'accès aux informations enregistrées	20

LEXIQUE

A

ACCIDENT

Atteinte corporelle non intentionnelle de votre part, provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure. Nous considérons également comme accident :

- l'électrocution, l'hydrocution, la noyade,
- les gelures, insolations ou asphyxie survenant par suite d'un événement fortuit,
- l'empoisonnement, l'intoxication due à l'absorption par erreur de substances vénéneuses ou corrosives ou d'aliments avariés.

Cas particuliers : les **lésions internes**, telles que hernies, accidents cardio-vasculaires, etc.... sont assimilées à des atteintes corporelles garanties à la condition qu'elles résultent d'un choc provoqué par un agent extérieur à vous.

ASSURÉ

La personne physique sur la tête de laquelle repose la garantie et nominativement désignée aux Dispositions Particulières.

B

BÉNÉFICIAIRE EN CAS DE DÉCÈS

Toute personne physique justifiant avoir subi un préjudice moral ou économique direct du fait du décès d'une personne assurée.

C

CONSOLIDATION (Date de)

Date à laquelle les lésions ont pris un caractère permanent tel qu'un traitement n'est plus nécessaire, si ce n'est pour éviter une aggravation et qu'il devient possible d'apprécier un degré d'incapacité permanente du à l'accident.

E

ÉCHÉANCE PRINCIPALE

Date qui marque le début d'une période annuelle d'assurance. Elle figure aux Dispositions Particulières.

F

FRANCHISE RELATIVE D'INCAPACITÉ

Taux d'incapacité que vous avez choisi à la souscription du contrat pour lequel et à hauteur duquel nous n'intervenons pas.

Par contre, si votre incapacité est supérieure ou égale à ce taux, nous vous devons l'indemnité d'assurance en totalité.

FRAIS D'AMÉNAGEMENT DU DOMICILE ET DU VÉHICULE

Frais liés à l'incapacité permanente de la victime assurée dont l'état nécessite un aménagement de son domicile et de son véhicule.

FRAIS D'ASSISTANCE D'UNE TIERCE PERSONNE

Frais liés à l'incapacité permanente de la victime assurée se trouvant, en raison de la perte de son autonomie, dans

l'obligation de faire appel à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie courante.

I

INDEMNISATION EN DROIT COMMUN

Indemnisation fixée selon les règles applicables en France en matière de réparation des dommages corporels. Elle tient compte de la situation personnelle de la victime (sexe, âge, revenus, personnes à charge...) et des indemnités habituellement allouées par les tribunaux.

INCAPACITÉ PERMANENTE

Réduction de façon permanente et définitive, totale ou partielle, de certaines fonctions physiques, psychosensorielles et/ou intellectuelles, appréciée médicalement à la date de consolidation en comparant l'état subsistant après l'accident à l'état de santé antérieur à l'accident.

N

NOUS

Désigne GENERALI FRANCE Assurances ou son représentant.

P

POINT A.G.I.R.C.

Valeur de référence du contrat permettant de déterminer l'évolution des cotisations à chaque échéance

PRÉJUDICE ÉCONOMIQUE (en cas de décès)

Perte financière subie par le ou les bénéficiaires en raison du décès de l'assuré.

PRÉJUDICE MORAL (en cas de décès)

Souffrances affectives ressenties par le ou les bénéficiaires en raison du décès de l'assuré.

PRÉJUDICES PERSONNELS

- souffrances endurées : douleurs physiques, psychiques ou morales éprouvées du fait des dommages corporels consécutifs à l'accident.

- Préjudice esthétique : disgrâces physiques subsistant après la consolidation.

- Préjudice d'agrément : impossibilité ou difficulté à poursuivre les activités d'agrément (à caractère sportif, de loisirs et culturel) de la même manière qu'avant la survenance de l'accident.

S

SOUSCRIPTEUR

Toute personne physique qui souscrit le contrat pour son compte ou le compte d'autrui. Elle est responsable de la déclaration du risque et des obligations définies au contrat.

V

VOUS

Selon les cas, désigne l'assuré ou le souscripteur.

OBJET DU CONTRAT

EVENEMENTS GARANTIS

Sont garantis au sens du présent contrat :

Les accidents de la vie privée :

Il s'agit d'accidents survenus à l'occasion d'activités domestique, touristique, scolaire, de loisirs et de sport.

Ce sont aussi les accidents subis lors d'événements exceptionnels comme les catastrophes naturelles et technologiques, les émeutes et mouvements populaires.

Tous les sports pratiqués en qualité d'amateur non rémunéré (sports aériens, mécaniques, sous-marins, de combat, etc...), à titre personnel ou dans un club (avec délivrance d'une licence sportive), de façon régulière ou occasionnelle, sont couverts par le contrat.

Les accidents dus à des attentats, des actes de terrorisme, des infractions ou à des agressions :

Lorsque ces derniers peuvent constituer un délit ou un crime au sens du Code pénal français et auxquels la personne assurée atteinte n'a pris intentionnellement aucune part (articles 706-3 et suivants du Code de Procédure Pénale).

Les accidents médicaux

Définition : l'accident médical est causé à l'occasion d'actes chirurgicaux, de prévention, de diagnostic, d'exploration, de traitements pratiqués par des médecins et auxiliaires médicaux visés au livre IV du Code de la Santé Publique ou par des praticiens autorisés à exercer par la législation ou la réglementation du pays dans lequel a lieu l'acte, lorsque ces actes sont assimilables à ceux référencés dans la nomenclature générale des actes professionnels.

L'accident médical doit avoir sur l'assuré des conséquences dommageables pour sa santé, anormales et indépendantes de l'évolution de l'affection en cause et de l'état antérieur.

Vous êtes notamment couvert en cas d'infection nosocomiale (toute maladie provoquée par des micro-organismes contractée dans un établissement de soins).

OBJET DE LA GARANTIE

Nous indemnisons les préjudices résultant d'événements accidentels garantis qui surviennent dans le cadre de votre vie privée et aux conditions fixées ci-après.

Principe d'indemnisation

La garantie revêt un caractère indemnitaire selon les règles du droit commun français. Elle a pour objet de réparer les préjudices que vous avez subi du fait de l'accident garanti et prend en compte les conséquences de l'accident sur la vie professionnelle de l'assuré.

Les postes de préjudices indemnissables

Vous êtes indemnisé à hauteur des préjudices subis pour les postes suivants :

[En cas d'accident entraînant le décès de l'assuré](#)

En cas de décès survenant immédiatement ou dans un délai d'un an des suites d'un accident garanti, nous versons au(x) bénéficiaire(s) une indemnité au titre :

- Du préjudice économique,
- Du préjudice moral,
- Des frais funéraires

Le ou les bénéficiaires qui ont intentionnellement provoqué l'accident sont exclus du bénéfice de la garantie.

[En cas d'accident entraînant une incapacité permanente de l'assuré supérieur au taux de franchise mentionnée aux Dispositions Particulières](#)

Nous vous versons l'indemnité réparant l'incapacité permanente au titre :

- Du préjudice économique et physiologique,
- Des frais éventuels d'assistance d'une tierce personne,
- Des frais d'aménagement du domicile et du véhicule,
- Des préjudices personnels (souffrances endurées, préjudice esthétique, préjudice d'agrément, préjudice sexuel).

En cas d'incapacité permanente d'un enfant mineur, l'indemnité est versée à ses représentants légaux sur un compte bloqué au nom de l'enfant.

Il est précisé que toute incapacité permanente inférieure au taux de franchise mentionné aux Dispositions Particulières ne donnera lieu au règlement d'aucune indemnité.

INDEMNISATION MINIMUM GARANTIE

1. En cas d'accident entraînant une incapacité permanente supérieure ou égale au taux de franchise mentionné aux Dispositions Particulières :

Nous vous versons une indemnité réparant l'incapacité permanente, (hors préjudices personnels) évaluée selon les règles du droit commun, avec un **minimum garanti** correspondant au montant indiqué au tableau ci-après, multiplié par le taux d'incapacité déterminé par le médecin expert (cf. chapitre expertise médicale, page 16).

2. En cas d'accident entraînant le décès de l'assuré :

Nous versons au(x) bénéficiaire(s) une indemnité au titre du préjudice moral, évalué selon les règles de droit commun, avec un **minimum garanti** correspondant au montant indiqué au tableau ci-après.

3. Tableau récapitulatif de notre indemnisation minimum garantie :

GARANTIES	CAPITAUX POUR UNE VICTIME ADULTE	CAPITAUX POUR UNE VICTIME ENFANT
Incapacité permanente (supérieure au taux de franchise mentionné aux Dispositions Particulières)	76 225 €uros (soit 9 096 059 FCP)	38 115 €uros (soit 4 548 328 FCP)
Décès *	15 245 €uros (soit 1 819 212 FCP)	7 625 €uros (soit 909 904 FCP)

*Le montant minimum versé s'entend pour l'ensemble des bénéficiaires.

PLAFONDS DE GARANTIE

- Pour un même événement, l'indemnité d'assurance ne peut excéder, tous postes de préjudices confondus, **1 million d'€uros** (soit 119 331 700 FCP) par victime.
- Le plafond de garantie applicable à la prise en charge des frais funéraires est fixé à **4575 €uros** (soit 545 942 FCP) par assuré décédé.
- Les frais d'aménagements de votre domicile, à partir du moment où ils sont médicalement nécessaires, sont pris en charge jusqu'à concurrence d'un plafond de **45 735 €uros** (soit 5 457 635 FCP) par victime et par événement.
- Les frais d'aménagements de votre véhicule, à partir du moment où ils sont médicalement nécessaires, sont pris en charge jusqu'à concurrence d'un plafond de **45 735 €uros** (soit 5 457 635 FCP) par victime et par événement.

LES PERSONNES ASSUREES

Ont la qualité d'assuré les personnes indiquées ci-après sous réserve d'être déclarées comme telles aux Dispositions Particulières :

- Le souscripteur âgé de 18 ans révolu et au plus de 65 ans titulaire d'un compte de retrait à vue de la Banque SOCREDO .
- Son conjoint, non séparé de corps ou de fait, son concubin ou concubine, son partenaire cosignataire d'un pacte civil de solidarité (PACS), vivants sous le même toit.

- **Leurs enfants socialement et fiscalement à charge, au sens de la réglementation en Polynésie française.**

Toutes ces personnes (à l'exception des enfants fiscalement à charge qui font des études) doivent avoir leur résidence principale en **Polynésie**.

Toutes ces personnes seront garanties au contrat, jusqu'à l'échéance de leur contrat, l'année de leurs 70 ans.

L'ETENDUE TERRITORIALE DE VOS GARANTIES

Les garanties s'exercent en France métropolitaine, dans les départements et territoires d'Outre-Mer, dans les principautés d'Andorre et Monaco, dans les pays membres de l'Union européenne, en Suisse, en Islande, au Lichtenstein, à Chypre, à Malte, à San Marin, au Vatican et en Norvège pendant la période de validité du contrat.

Les garanties s'exercent dans le reste du monde pour les séjours n'excédant pas une durée continue de 3 mois.

LA PERIODE DE VALIDITE DE VOS GARANTIES

- L'accident médical garanti est celui dont la première manifestation se révèle pendant la période de garantie sous réserve que le fait générateur du dommage soit postérieur au **01/01/2000**.

- Pour tout autre événement accidentel, la garantie est acquise à la condition que l'accident (fait générateur) se soit produit et ses conséquences (dommage corporel) se soient réalisées entre le jour de prise d'effet de la garantie et, selon les cas, la date de résiliation du contrat ou la date de cessation de plein droit de la garantie.

EXCLUSIONS

EXCLUSIONS COMMUNES AUX GARANTIS DECES ET INCAPACITE PERMANENTE

Sont exclus les accidents corporels :

- Causés par les maladies, leurs suites et conséquences n'ayant pas pour origine un accident garanti ;
- Subis à l'occasion d'activités professionnelles ou de fonctions publiques et/ou électives ou syndicales ou d'accidents de trajets tels que définis par le code de la Sécurité Sociale ;
- Intentionnellement causés ou provoqués par l'assuré;
- Résultant de la participation volontaire de l'assuré à un crime, un délit, à des actes de vandalisme, à des agressions, émeutes, attentats, actes de terrorisme, à des mouvements populaires ou à une rixe sauf cas de légitime défense ou d'assistance à personne en danger ;
- Occasionnés par la guerre civile ou étrangère ;
- Dus aux effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de transmutations de noyaux d'atomes ou de la radioactivité, de radiation par accélération artificielle de particules ;
- Résultant des expérimentations biomédicales ;
- Résultant de la pratique rémunérée de sports ou de la pratique de sports à titre professionnel.
- Résultant de la conduite par l'assuré d'un véhicule terrestre à moteur.

EXCLUSIONS APPLICABLES A LA GARANTIE INCAPACITE PERMANENTE SEULE

Sont exclus les accidents corporels :

- Résultant de l'usage de stupéfiants non prescrits médicalement ;

LA VIE DU CONTRAT

FORMATION DUREE RESILIATION

Le contrat est régi par le Code des Assurances selon les modalités prévues aux articles précisés dans le texte qui suit.

Quand le contrat prend-il effet ?

Votre contrat est parfait dès signature par les parties et il produit ses effets à partir de la date indiquée aux Dispositions Particulières.

Quelle est la durée du contrat ?

Votre contrat est conclu pour une durée de un an à compter de la date de prise d'effet de la garantie figurant aux Dispositions Particulières. Sauf dispositions contraires, il se renouvelle d'année en année par tacite reconduction à chaque échéance anniversaire du contrat sauf résiliation par l'une des parties.

Comment résilier le contrat ?

Votre contrat peut être résilié dans les circonstances et les délais indiqués au tableau figurant en page 11.

Forme de la résiliation :

- Lorsque la résiliation est de **votre fait**, elle doit se faire par lettre recommandée ou par déclaration faite contre récépissé au siège ou dans une agence de la BANQUE SOCREDO.
- Lorsque la résiliation est de notre fait, elle doit se faire par lettre recommandée envoyée à votre dernier domicile connu.

Date d'envoi de la lettre de résiliation :

Pour **Vous** : la date retenue est la date d'expédition, le cachet de la poste faisant foi.

Pour **Nous** : la date retenue est la date de réception chez vous de la lettre de résiliation.

POUR QUELS MOTIFS ?	QUI PEUT RESILIER ?	SELON QUELLES MODALITES ?	DATE D'EFFET DE LA RESILIATION
Faculté annuelle de résiliation	VOUS	1 MOIS	Au jour de l'échéance principale à 0 heure
Changement de domicile, de situation matrimoniale, de profession, retraite ou cessation d'activité professionnelle lorsque le contrat a pour objet la garantie de risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle (art L113-6)	ET NOUS*	VOUS: dans les 3 mois qui suivent la date de l'événement NOUS: dans les 3 mois qui suivent l'envoi de votre lettre nous en informant	1 mois après l'envoi de la lettre de résiliation
Augmentation de tarif pour des motifs à caractère technique ou réglementaire	VOUS	Dans le mois qui suit la date où vous avez eu connaissance de cette augmentation	1 mois après l'envoi de votre lettre de résiliation
Réduction de vos garanties		Dans le mois qui suit la date où vous en avez eu connaissance	1 mois après l'envoi de votre lettre de résiliation
Résiliation par nous d'un autre de vos contrats après sinistre (art R113-10)		Dans le mois qui suit l'envoi de notre lettre de résiliation du contrat résilié	1 mois après l'envoi de votre lettre de résiliation
Redressement ou liquidation judiciaire (art L113-6)	L'ADMINISTRATEUR OU LE LIQUIDATEUR ET NOUS	Dans les 3 mois à partir de la date de redressement ou de liquidation	L'Administrateur ou le liquidateur : le jour de l'envoi de la lettre de résiliation Nous : 1 mois après l'envoi de notre lettre de résiliation
Non-paiement des cotisations (art L113-3)	NOUS*		40 jours après l'envoi de notre lettre de résiliation
Aggravation du risque		Dès que nous en avons connaissance	10 jours après l'envoi de notre lettre de résiliation. Résiliation inopérante si nous avons continué à percevoir des cotisations ou payé une indemnité après sinistre
Après sinistre. De votre côté, vous avez le droit de résilier vos autres contrats auprès de notre société (art R113-10)		Au plus tôt 10 jours après l'échéance	1 mois après l'envoi de notre lettre de résiliation
Omission ou inexactitude de bonne foi dans la déclaration des risques (art L113-9)		Dès que nous en avons connaissance mais avant tout sinistre	10 jours après l'envoi de notre lettre de résiliation
Retrait total de l'agrément de notre société	RESILIATION DE PLEIN DROIT		Le 40 ^e jour à midi après la publication au Journal Officiel de l'arrêté prononçant le retrait de l'agrément administratif de notre société
L'assuré atteint l'âge limite de garantie (70 ans)			A l'échéance principale qui suit l'anniversaire
L'assuré ne remplit plus les conditions requises pour la qualité d'assuré			Au jour où il ne remplit plus les dites conditions
L'assuré clôture tous ses comptes à vue à la Banque SOCREDO			A la date anniversaire du contrat qui suit la clôture des comptes à vue

* Conformément aux dispositions de la loi N° 89-1009 dite loi Evin, nous renonçons à notre faculté de résiliation après l'expiration du délai de 2 ans à compter de la date de souscription du contrat.

VOS DECLARATIONS

Votre contrat est établi d'après vos déclarations et la cotisation est fixée en conséquence.

Que devez-vous nous déclarer ?

1. A la souscription :

- Afin de nous permettre d'apprécier les risques que nous prenons en charge, vous devez répondre exactement à toutes les questions que nous vous posons, par lettre, questionnaire, proposition d'assurance ou tout autre moyen, comme l'article L 113- 2 du Code des Assurances vous en fait l'obligation.

2. En cours de contrat :

- Dans les quinze jours où vous en avez eu connaissance, toute modification aux réponses fournies lors de la souscription du contrat, à l'exception de celles relatives à votre état de santé, afin de procéder à son adaptation éventuelle.

Vous devez notamment nous déclarer impérativement tout changement de la situation personnelle ou familiale de nature à modifier le risque (en cas de modification de la cellule familiale déclarée à la souscription).

- Qu'advient-il si ces modifications constituent :
 - Une aggravation de risques : nous pouvons soit résilier le contrat dix jours après notification, avec ristourne de la cotisation afférente à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, soit vous proposer un nouveau montant de cotisation.
Dans ce dernier cas, si dans le délai de 30 jours à compter de notre proposition, vous n'y donnez pas suite ou la refusez expressément, nous pourrions à l'expiration de ce délai résilier le contrat.

3. A la souscription ou en cours de contrat :

- Vous devez nous déclarer les contrats dont vous êtes titulaires et garantissant toutes parties des même risques.

Toute réticence ou déclaration intentionnellement fausse, toute omission ou déclaration inexacte des circonstances du risque connues de vous, entraînent l'application des sanctions prévues, suivant le cas, aux articles L 113-8 (nullité du contrat) ou L 113- 9 (réduction des indemnités) du Code des Assurances.

Quelles formalités respecter lors de vos déclarations en cours de contrat ?

Dans tous les cas, la déclaration doit être faite soit par lettre recommandée, soit verbalement contre récépissé, au Siège ou chez le Représentant de la Compagnie dont l'adresse figure aux Dispositions Particulières.

LA COTISATION

La cotisation est fixée en fonction :

- De vos déclarations,
- De l'existence d'un seul assuré ou de plusieurs assurés au contrat,
- Du taux de franchise indiqué aux Dispositions Particulières.

Qu'advient-il si nous révisons le tarif applicable à ce contrat ?

Si pour des raisons techniques ou réglementaires, nous sommes amenés à majorer les tarifs applicables aux risques garantis par le présent contrat, la cotisation en sera modifiée dès la première échéance annuelle suivant cette modification.

Vous en serez informé préalablement.

Vous disposez alors d'un délai d'un mois, à compter de la date à laquelle vous en avez eu connaissance, pour résilier le contrat, la résiliation prenant effet un mois après l'envoi de votre demande.

Nous aurons droit dans ce cas à la portion de cotisation qui aurait été due, calculée sur les bases de l'ancien tarif, au prorata du temps écoulé entre la date de la dernière échéance et la date de prise d'effet de la résiliation.

A défaut de résiliation, nous considérerons que vous avez accepté la nouvelle cotisation.

Quand et ou devez-vous payer la cotisation ?

La cotisation et ses accessoires, ainsi que les impôts et taxes y afférents, sont à payer au plus tard un mois après la date d'échéance indiquée aux Dispositions Particulières.

Si vous ne payez pas la cotisation dans ce délai, nous pouvons, indépendamment de notre droit de vous poursuivre en justice, vous adresser une lettre recommandée valant mise en demeure à votre dernier domicile connu. Les garanties de votre contrat seront alors suspendues trente jours après l'envoi de cette lettre.

Nous avons le droit de résilier votre contrat dix jours après l'expiration du délai de quarante jours précité, soit dans la lettre recommandée de mise en demeure, soit dans une nouvelle lettre recommandée (art. L 113-3).

Dans ce cas, nous sommes en droit de conserver, à titre de dommages et intérêts, la portion de cotisation correspondant à la période postérieure à la date d'effet de la résiliation.

Cette suspension et cette résiliation ne vous dispenseront pas du paiement de la cotisation dont vous êtes redevable, ni de celui des frais de mise en demeure et des intérêts moratoires au taux légal, dus à compter de la date d'expédition de la lettre de mise en demeure initiale.

La cotisation est prélevée automatiquement sur le compte à vue de l'assuré ouvert dans les livres de la Banque SOCREDO.

ADAPTATION PERIODIQUE DE LA COTISATION ET DES GARANTIES

Les montants minimums garantis, le plafond de garantie et les cotisations nettes évoluent, à chaque échéance annuelle, proportionnellement à la variation de la valeur du point de retraite des cadres (A.G.I.R.C.)

Cette variation sera déterminée par le rapport existant entre la valeur de l'indice dite "Indice d'Echéance" et sa valeur dite "Indice de Référence".

- Par Indice d'Echéance, il faut entendre :
 - La dernière valeur du point de retraite des cadres (A.G.I.R.C.), connue au moins un mois avant le premier jour du mois de l'échéance considérée.
- Par Indice de Référence, il faut entendre :
 - Soit la plus récente valeur du point de retraite des cadres (A.G.I.R.C.), connue au jour de la souscription du contrat ;
 - Soit, dans le cas où plusieurs modifications de la cotisation seraient intervenues depuis la souscription, la valeur qui a servi de base pour la dernière de ces modifications.

Si une nouvelle valeur de l'indice n'était pas publiée dans les deux ans qui suivent la date normale de publication, elle serait remplacée par une valeur établie dans le plus bref délai par un expert désigné par le Président du Tribunal de Grande Instance de Paris, sur notre requête et à nos frais.

Au cas où l'indice d'échéance atteindrait le double de l'indice de référence, chaque partie aura la faculté de résilier le présent contrat à compter de la prochaine échéance annuelle par lettre recommandée adressée à l'autre partie un mois au moins avant cette échéance.

LE SINISTRE

VOS OBLIGATIONS

Que devez-vous faire en cas de sinistre ?

Tout événement susceptible d'engager notre garantie doit nous être déclaré dans un délai de 5 jours ouvrés à partir du moment où vous en avez eu connaissance. En cas de décès, ce délai est porté à 30 jours ouvrés en faveur du ou des bénéficiaires.

La déclaration mentionnera :

- Le nom, prénom et domicile de l'Assuré,
- Le numéro du présent contrat,
- La date de l'accident.

Si ces délais ne sont pas respectés, sauf cas fortuit ou de force majeure, la garantie ne sera pas acquise, dès lors que le retard nous aura causé un préjudice.

Selon quelles modalités ?

Soit par écrit (de préférence par lettre recommandée), soit verbalement contre récépissé, au Siège ou chez le Représentant de la Compagnie dont l'adresse figure sur le bulletin d'adhésion.

Quels renseignements devez-vous nous faire parvenir ?

Vous devez nous fournir tous les renseignements sur le lieu, les causes et circonstances de l'accident, ainsi que les conséquences connues ou supposées :

- Les noms et adresses des témoins, s'il y a lieu ;
- Tous les documents tels que : certificats médicaux nécessaires à l'évaluation du sinistre et au calcul des indemnités que nous pourrions être amenés à vous verser ;
- En cas de décès : l'acte de décès, une fiche familiale d'état civil, un certificat médical précisant la cause du décès et, si besoin, l'origine de cette cause, une copie du rapport de police ou de gendarmerie ;

Si vous ne respectez pas tout ou partie des obligations ci-dessus, sauf cas fortuit ou de force majeure, nous serons en droit de vous réclamer une indemnité égale au préjudice qui en sera résulté pour nous.

Toute réticence ou déclaration intentionnellement fautive de votre part ou de celles de vos ayants droit, de même que la production frauduleuse de documents inexacts ou mensongers sur la date, la nature, les causes, les circonstances ou les conséquences du sinistre entraînent la déchéance de tout droit à indemnité pour le sinistre en cause. S'il y a eu règlement au titre de ce sinistre, le sinistre doit nous en être remboursé.

COMMENT EST EVALUE LE PREJUDICE ?

L'expertise médicale

1. En cas d'incapacité permanente supérieure au taux de franchise mentionné aux Dispositions Particulières.

Le taux d'incapacité subsistant après la consolidation des blessures est fixé par un médecin diplômé de la réparation des dommages corporels désigné par nous.

Cette évaluation médicale est faite sur la base du "barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun" publié par le Concours Médical (dernière édition en vigueur).

Le médecin expert détermine si vous avez besoin de l'assistance d'une tierce personne. Il en fixe la durée et la nature.

Le médecin expert qualifie les souffrances endurées (*pretium doloris*) et, après consolidation, le préjudice esthétique. Il donne un avis médical motivé sur les éléments relatifs aux troubles fonctionnels constitutifs du préjudice d'agrément.

Si vous le souhaitez, vous pouvez vous faire assister par un médecin de votre choix, les frais et honoraires de ce médecin restant à votre charge exclusive.

Le médecin expert doit vous adresser un double du rapport de l'expertise médicale dans les vingt jours suivant l'examen.

Attention : pour permettre l'évaluation du taux, vous devez accepter de vous soumettre à tout examen médical que nous requérons.

Toute réticence à vous soumettre à l'examen médical, sauf refus dûment justifié, entraîne la déchéance de tout droits à l'indemnité après mise en demeure donnée par nous 48 heures à l'avance par lettre recommandée.

2. En cas de décès de l'assuré.

Nous évaluons, selon la pratique du droit commun, les éventuels préjudices économiques et moraux subis par le bénéficiaire ou les bénéficiaires.

La prise en charge des frais funéraires concerne les frais réellement déboursés pour les obsèques de la victime décédée.

Que faire en cas de litiges ?

En cas de contestation sur les conclusions médicales, il est convenu qu'avant tout recours à la voie judiciaire, il sera procédé à une expertise amiable dans les conditions suivantes:

- Chacun de nous a choisi son propre expert : si les deux experts ne sont pas d'accord entre eux, ils s'en adjoignent un troisième ; les trois experts opèrent alors en commun et à la majorité des voix.
- Si les deux experts ne s'entendent pas sur le choix du troisième, la désignation de celui-ci est faite par le Président du Tribunal de Grande Instance du lieu de votre domicile, sur simple requête signée des deux parties ou d'une seulement, l'autre ayant été convoqué par lettre recommandée.
- Chacun de nous supportera la totalité des frais et honoraires de son expert et la moitié de ceux du troisième expert.

Aggravation

L'évolution de votre état en relation directe et certaine avec l'accident garanti, de nature à modifier les conclusions médicales initiales, ouvre droit à complément d'indemnisation.

REGLES DE NON-CUMUL DES INDEMNITES D'Incapacité PERMANENTE ET DE DECES

Le cumul des indemnités successives ne peut dépasser le plafond de garantie (cf. chapitre plafonds de garantie, page 7).

Lorsque, postérieurement au versement de l'indemnité due au titre de la garantie incapacité permanente, l'assuré décède des suites du même accident dans le délai d'un an, les indemnités dues au titre de la garantie décès ne seront versées que déduction faite des sommes déjà réglées par nous au titre de la garantie Incapacité permanente.

Si ces indemnités sont supérieures à celles qui auraient été dues au titre du décès, elles restent acquises aux bénéficiaires.

REGLES DE NON CUMUL DES PRESTATIONS

Nous vous indemnisons toujours sous déduction des prestations versées par les organismes sociaux ou les tiers payeurs désignés aux articles 29 à 33 de la loi n° 85-677 du 5 juillet 1985.

L'indemnité ne se cumule pas avec des prestations de caractère indemnitaire perçues ou à percevoir par l'assuré ou ses bénéficiaires d'un tiers responsable et/ou de son assureur, d'un organisme visé par les articles 29 à 33 de la loi n° 85-677 du 5 juillet 1985, au titre des mêmes chefs de préjudices.

Vous vous engagez à porter à notre connaissance ces prestations dès lorsqu'elles vous sont notifiées par le débiteur et ont été acceptées par vous.

DANS QUELS DELAIS REGLONS-NOUS ?

Lorsque la garantie est due, l'offre définitive d'indemnisation doit être faite dans un **délai de trois mois** suivant la date à laquelle nous avons été informés de la consolidation ou du décès de l'assuré, à condition que, dans ce délai, la victime ou les bénéficiaires nous aient communiqué l'état des prestations perçues ou à percevoir.

Dans le cas où le médecin expert ne pourrait conclure de façon définitive mais estime que l'incapacité permanente directement imputable à l'accident dépassera le taux de franchise mentionné sur vos Dispositions Particulières, une offre provisionnelle doit être faite dans le mois suivant la communication qui nous sera faite du rapport de l'expertise médicale.

Le paiement des sommes convenues doit intervenir dans un délai d'**un mois** à partir de l'acceptation de l'offre.

DISPOSITIONS DIVERSES

ASSURANCES CUMULATIVES

En cas d'événement mettant en jeu le présent contrat, vous devez nous déclarer l'existence de tous autres contrats d'assurance à caractère indemnitaire couvrant tout ou partie le même risque.

Si votre préjudice n'a pas été réglé préalablement à notre intervention, nous procédons à l'indemnisation selon les règles du présent contrat et exerçons un recours à l'encontre du ou des autres assureurs.

SUBROGATION

Par application des règles de la subrogation contractuelle ou légale, nous sommes subrogés dans les droits et actions de l'assuré ou du ou des bénéficiaires contre tout responsable de l'accident et son assureur à hauteur des sommes que nous avons versé au titre du présent contrat.

La garantie ne jouera plus en votre faveur si, de votre fait, nous ne pouvons plus exercer ce recours pour récupérer les indemnités déjà versées.

PRESCRIPTION

Toutes les actions concernant ce contrat, qu'elles émanent de vous ou de nous, ne peuvent être exercées que pendant un délai de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance (Article L 114-1 du Code des Assurances).

Ce délai est porté à 10 ans à l'égard du ou des bénéficiaires en cas de décès.

La prescription peut être interrompue par :

- Désignation d'expert ;
- Envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par nous en ce qui concerne le paiement de la cotisation et par vous en ce qui concerne le règlement d'un sinistre ;
- Saisine d'un tribunal même en référé ;
- Toute autre cause ordinaire.

INFORMATION DE L'ASSURE

Examen des réclamations et procédure de médiation

Si vous avez des réclamations à formuler au sujet du présent contrat, adressez-vous en priorité à votre interlocuteur habituel.

ASSURANCES GENERALI FRANCE
AGENCE GENERALI TAHITI
BP 477 - 98 713 Papeete - Tahiti
Tél : 54 34 00 - Fax : 42 15 55

Nous nous engageons à traiter votre réclamation le plus rapidement et le plus objectivement possible.

Toutefois, si notre désaccord devait persister, vous avez la possibilité de demander l'avis d'un médiateur.

Pour tout renseignement sur les conditions d'accès à ce médiateur ainsi que sur la procédure à suivre, vous pouvez nous écrire à l'adresse suivante :

GENERALI FRANCE Assurances
PROCEDURE MEDIATION
5, Rue de Londres
75456 PARIS CEDEX 09

Autorité de contrôle

L'autorité chargée du contrôle de l'entreprise d'assurances qui accorde les garanties prévues par le présent contrat est :

la COMMISSION DE CONTROLE DES ASSURANCES
54, Rue de Châteaudun - 75009 PARIS.

Droit d'accès aux informations enregistrées

Vous pouvez nous demander communication et rectification de toute information vous concernant qui figurerait sur tout fichier à usage de GENERALI FRANCE assurances, ses mandataires et ses réassureurs, et des organismes professionnels, en nous écrivant à l'adresse suivante :

GENERALI FRANCE Assurances 5, Rue de Londres
75456 PARIS CEDEX 09.

Banque SOCREDO

S.A.E.M au capital de 22 milliards de XPF – Inscrite au registre du commerce et des sociétés pour l'activité de courtage. RCS TPI 59 1 B PAPEETE (ancien R.C. N°1491/59 Papeete). N°TAHITI 075390
Siège social 115. rue Dumont D'urville Papeete - B.P. 130 - 98713 Papeete - Tahiti. Tel: (689) 41.51.23 – Fax : (689) 41.52.83 –
Email : dirgen@bank-socredo.

GENERALI France ASSURANCES

(Société régie par le Code des Assurances et soumise au contrôle de la commission de contrôle des Assurances) représentée par l'Agence GENERALI TAHITI, immatriculée sous le numéro TAHITI 770685, ayant son siège social 15, rue Paul Gauguin, BP 477 Papeete,
elle-même représentée par MM LE BRIS – ASIN et DEMORTIER.