

ACCIDENTS

**ASSURANCE
INDEMNITES
BLESSURES
BRULURES**



DISPOSITIONS GENERALES

CAMEIC

Société d'Assurances Mutuelle à cotisations variables, régie par le Code des assurances - 25, rue Madrid 75008 Paris
Tél. 01 45 22 85 64 - Fax : 01 44 70 03 36 - Email : info@cameic.com Internet : www.cameic.com
Autorité chargée du contrôle de la Société : ACP, Autorité de Contrôle Prudentiel, 61 rue Taitbout - 75436 Paris cedex 09

ACCIDENTS
ASSURANCE
INDEMNITES
BLESSURES
BRULURES

SOMMAIRE

1 – DEFINITIONS

11 – DEFINITIONS

2 – CONDITIONS D'ADHESION A LA GARANTIE

21 – CONDITIONS D'ADHESION

3 - OBJET DU CONTRAT

31 - OBJET DU CONTRAT

32 – PLAFOND DE PRESTATIONS

33 - ADHESIONS MULTIPLES

4 – EXCLUSIONS

41 - EXCLUSIONS DE LA GARANTIE

5 – FORMATION, PRISE D'EFFET ET DUREE DU CONTRAT

51 – FORMATION DU CONTRAT

52 - DUREE DU CONTRAT

53 – CESSATION DU CONTRAT

54 - OBLIGATIONS DE L'ASSURE

541 – A LA SOUSCRIPTION DU CONTRAT

542 - EN COURS DE CONTRAT

55 – FAUSSE DECLARATION INTENTIONNELLE DE L'ASSURE

56 – OMISSION OU INEXACTITUDE DANS LA DECLARATION DU RISQUE

57 – FAUSSE DECLARATION

6 – COTISATIONS

61 – COTISATION ANNUELLE

62 - REVISION DE LA COTISATION

63 - DEFAUT DE PAIEMENT DE LA COTISATION PAR L'ASSURE

7 - SINISTRES

71 – FORMALITES A ACCOMPLIR EN CAS DE SINISTRE

72 – NON RESPECT DES FORMALITES DE DECLARATION D'UN SINISTRE

73 – CONTROLE MEDICAL

74 - PAIEMENT DE L'INDEMNITE

8 - RESILIATION DU CONTRAT

81 – RESILIATION DU CONTRAT

82 – MODALITES DE RESILIATION

9- REGLEMENT DES LITIGES

91 - RECLAMATION, PROCEDURE AMIABLE

92 – MEDIATION

93 - PRESCRIPTION

94 - INFORMATIQUE ET LIBERTES

*Le présent contrat est régi
par le Code des assurances*

Il est composé :

- *des dispositions générales,*
- *et des dispositions particulières.*

*Autorité chargée du contrôle de la société :
ACP - Autorité de Contrôle Prudentiel
61 rue Taitbout - 75436 Paris cedex 09*

1 – DEFINITIONS

11 – DEFINITIONS

Pour l'application du présent contrat, il faut entendre par :

<u>SOCIETE :</u>	CAMEIC Société d'Assurances Mutuelle à cotisations variables 25, rue de Madrid - 75008 PARIS
<u>ASSURE :</u>	La personne désignée comme telle aux dispositions particulières.
<u>ACCIDENT :</u>	Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré provenant d'une cause soudaine et imprévisible d'une cause extérieure. Ne sont pas considérés comme accidentels, les efforts de soulèvement.
<u>FRACTURE :</u>	Complète : lésion osseuse totale et continue. Ouvverte : lésion osseuse dont le foyer communique avec l'extérieur. Multi-fragmentaire : lésion osseuse ayant plusieurs sièges sur un même os.
<u>BRULURE :</u>	Du 2 ^{ème} degré : destruction de l'épiderme provoquée par la chaleur, des produits caustiques, l'électricité ou des rayonnements artificiels. Du 3 ^{ème} degré : destruction totale de l'épiderme et du derme provoquée par la chaleur, des produits caustiques, l'électricité ou des rayonnements artificiels. Règle des 9 de Wallas : méthode utilisée pour déterminer la surface de la brûlure ; l'étendue de la brûlure est appréciée en fonction de la surface corporelle totale : <ul style="list-style-type: none">- Tête ou cou : 9 %- Face antérieure et/ou postérieure du tronc : 2 x 9 %- Membres supérieurs : 2 x 9 %- Membres inférieurs : 2 x 18 %- Organes génitaux externes : 1 %
<u>DATE D'EVENEMENT :</u>	On entend par date d'évènement, la date de survenance de la brûlure et/ou de la fracture accidentelles (s)
<u>SINISTRE :</u>	La réalisation du risque défini dans les dispositions générales.

2 – CONDITIONS D'ADHESION A LA GARANTIE

21 – CONDITIONS D'ADHESION

Peut être admise au bénéfice de l'assurance, toute personne physique réunissant les conditions cumulatives suivantes :

- être âgée d'au moins 18 ans et de moins de 80 ans ;
- ne pas être classée en invalidité de 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie au sens de la Sécurité sociale et/ou bénéficiaire d'une allocation de type APA, ATP, AAH, COTOREP ou autres ;
- avoir rempli et signé une demande d'adhésion à l'assurance ;
- avoir réglé la première cotisation indiquée sur les dispositions particulières.

3 - OBJET DU CONTRAT

31 - OBJET DU CONTRAT

Le contrat a pour objet le versement d'un capital forfaitaire en cas de fracture et/ou de brûlures, dont le montant dépend de la localisation de la fracture, du type de fracture et/ou de la surface de la brûlure :

En cas de fracture :

- col du fémur, bassin, complète et multi-fragmentaire : 4 000 € ;
- tout autre type de fracture : 2 000 € ;
- Les montants ci-dessous s'entendent quel que soit le type de fracture :
 - crâne, genou, calcanéum, cheville : 1 500 € ;
 - mâchoire inférieure, coude, épaule, jambe (tibia, péroné) :
1 000 € ;
 - vertèbre, omoplate, sternum, fémur, poignet, main (carpe), pied (tarse) : 750 € ;
 - mâchoire supérieure, coccyx : 500 € ;
 - Côte, clavicule, avant-bras, bras : 400 € ;
 - Orteil, doigt, nez : 300 €.

En cas de brûlure (surface estimée par la règle des 9 de Wallas) :

- 27 % ou plus de la surface du corps : 3 000 € ;
- 18 % ou plus de la surface du corps : 2 000 € ;
- 9 % ou plus de la surface du corps : 1 000 € ;
- 4 % ou plus de la surface du corps : 500 € ;

Les montants indiqués à l'article 31 sont réduits de 50 % à partir de 80 ans.

32 – PLAFOND DE PRESTATIONS

Le plafond des capitaux cumulés fracture(s) et brûlures(s) versés à un même assuré ne peut dépasser 4 000 € pendant toute la durée de vie du contrat.

Lorsque le plafond des capitaux versés est atteint pour une adhésion, les garanties cessent et l'adhésion est résiliée de plein droit par la Société. En cas de fractures multiples lors d'un même évènement, le capital garanti est limité à l'indemnité forfaitaire la plus élevée.

Il ne sera procédé qu'à une seule indemnisation pour un même évènement (même blessure) pendant toute la durée de l'adhésion.

33 - ADHESIONS MULTIPLES

En aucun cas, l'Assuré ne peut être garanti simultanément par plusieurs adhésions souscrites au contrat « Blessures / Brûlures ». Si cela était, l'engagement de la Société serait en tout état de cause limité à la première souscription.

4 – EXCLUSIONS

41 - EXCLUSIONS DE LA GARANTIE

Sont exclus de la garantie :

- tout accident antérieur à la date de prise d'effet du contrat ;
- les conséquences de guerre, civile ou étrangère, déclarée ou non, dès lors que l'Assuré y prend une part active ;
- les effets directs ou indirects d'explosion ou de dégagement de chaleur ou d'irradiation, provenant de la transmutation de noyau d'atome, ou de la radioactivité, ainsi que des effets des particules ;
- toutes suites et conséquences de la participation à une rixe (sauf légitime défense), crimes ou paris de toute nature, actes de sabotage ou de terrorisme ;
- les conséquences de tous cataclysmes tels que tremblement de terre ou inondation ;
- tous fait intentionnel de l'Assuré et toutes conséquences d'une tentative de suicide de l'Assuré ou un état de démence ;
- toute conséquence de l'utilisation de stupéfiants, substances analogues, médicaments et traitements non prescrits médicalement, de l'état alcoolique au sens de la législation en vigueur ;
- toute conséquence d'un accident d'aviation, si l'appareil n'est pas muni d'un certificat valable de navigabilité et/ou n'est pas conduit par un pilote possédant un brevet valable pour l'appareil utilisé et une licence non périmée ;
- toute pratique, participation, enseignement ou encadrement d'un sport à titre professionnel ou amateur (organisées par ou sous la responsabilité d'une Fédération nationale), ainsi que les entraînements et/ou essais qui les précèdent ;
- toute utilisation en tant que pilote ou passager d'un engin à moteur d'une cylindrée de > 50 cm³, d'engin à moteur aquatique ou aérien (sauf en tant que passager d'un vol sur une compagnie aérienne commerciale) ;
- la pratique à titre amateur ou professionnel des activités suivantes : alpinisme, escalade, plongée subaquatique à plus de 20 m de profondeur, navigation en solitaire et/ou à plus de 60 miles nautiques des côtes, spéléologie, boxe, catch, full-contact, kick-boxing, saut à l'élastique, rafting, canyoning, hydrospeed, bobsleigh, luge, ski hors pistes, hockey sur glace, saut à ski alpin ou nautique, ski acrobatique ou artistique, jumping, judo, arts martiaux et tous sports de combat, chasse aux bêtes fauves, parachutisme, vol à voile, deltaplane, parapente et toute autre activité assimilée ;
- toutes suites et conséquences directes et indirectes de l'utilisation, la manipulation, le transport de produits dits dangereux, dont toutes substances nucléaires, chimiques, biologiques, explosives, corrosives, abrasives ;
- les accidents en rapport direct ou indirect avec toute pathologie ou trouble médicalement constaté acquis ou congénital, y compris les troubles résultants de mouvements répétitifs effectués au cours des 15 dernières années dans le cadre d'une activité professionnelle et/ou sportive quotidienne et régulière ;
- toute brûlure due à une exposition au soleil, aux ultraviolets, à tout appareil quelconque de bronzage artificiel ;

- les cascadeurs, pompiers, et tous les métiers ou activités exercés dans les domaines du transport de fonds, du cirque, de la surveillance armée, du maintien de l'ordre, de l'usage d'explosifs, des travaux forestiers, des ouvrages d'art et de grande hauteur du bâtiment et travaux publics (plus de 15 m de hauteur) ;
- les périodes d'activité militaire.

5 – FORMATION, PRISE D'EFFET ET DUREE DU CONTRAT

51 – FORMATION DU CONTRAT

Le contrat est formé dès l'accord des parties.

La garantie est acquise à compter de la date d'effet indiquée sur les dispositions particulières et au plus tôt au jour de réception par la Société de la demande d'adhésion complétée et signée (cachet de la poste faisant foi) sous réserve du paiement effectif de la première cotisation.

52 - DUREE DU CONTRAT

Le contrat est conclu pour une durée allant jusqu'au 31 décembre de l'année en cours. Il est ensuite reconduit par tacite reconduction à la date du 1^{er} janvier, considérée comme étant la date anniversaire du contrat, sauf dénonciation notifiée à la Société par lettre recommandée et selon les règles édictées à l'article 81 intitulé « résiliation du contrat ».

53 – CESSATION DU CONTRAT

Sans préjudice des dispositions du paragraphe 8, le contrat cesse :

- en tout état de cause, au 85^{ème} anniversaire de l'Assuré ;
- au jour du décès de l'Assuré ;
- en cas de non paiement de la cotisation (cf. article 81) ;
- au jour où le plafond de prestations (cf. article 32) est atteint.

54 - OBLIGATIONS DE L'ASSURE

541 – A LA SOUSCRIPTION DU CONTRAT

La Société fonde ses engagements sur les déclarations de l'Assuré, qui en conséquence s'oblige à répondre exactement aux questions posées par la Société, notamment dans le formulaire de demande d'adhésion, sur les circonstances qui sont de nature à faire apprécier par la Société le risque qu'elle prend en charge.

542 - EN COURS DE CONTRAT

- à payer la cotisation ou fraction de cotisation, aux époques convenues ;
- à déclarer les circonstances nouvelles qui ont pour conséquence, soit d'aggraver les risques, soit d'en créer de nouveaux et rendent de ce fait inexacts ou caduques les réponses faites à la Société lors de l'adhésion. L'Assuré est tenu d'en aviser la Société par lettre recommandée dans les 15 jours où il a eu connaissance de ces nouvelles circonstances. Lorsque cette modification constitue une aggravation au sens de l'article L.113-4 du Code des assurances, la déclaration doit être faite sous peine des sanctions prévues aux articles L.113-8 et L.113-9 du Code des assurances, qui donnent droit à la Société :
 - soit de résilier le contrat moyennant préavis de dix jours ;

- soit proposer un nouveau taux de cotisation. Si l'Assuré n'accepte pas ce nouveau taux, ou ne répond pas dans le délai de trente jours à compter de la proposition, la Société peut résilier le contrat au terme de ce délai.

55 – FAUSSE DECLARATION INTENTIONNELLE DE L'ASSURE

Indépendamment des clauses ordinaires de nullité, le contrat est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'Assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la Société, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'Assuré a été sans influence sur le sinistre. Les primes payées demeurent alors acquises à la Société, qui a droit au paiement de toutes les primes échues à titre de dommages et intérêts.

56 – OMISSION OU INEXACTITUDE DANS LA DECLARATION DU RISQUE

Au cas de la constatation avant sinistre de l'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'Assuré, dont la mauvaise foi n'est pas établie, la Société a le droit soit de maintenir le contrat, moyennant une augmentation de prime acceptée par l'Assuré, soit de résilier le contrat après notification adressée par lettre recommandée, en restituant la portion de la prime payée pour le temps où l'assurance ne court plus.

57 – FAUSSE DECLARATION

En cas de fausse déclaration de mauvaise foi par l'Assuré sur la nature, les causes et les conséquences d'un sinistre, ou d'utilisation de moyens frauduleux ou de documents inexacts, la Société est en droit de le priver du bénéfice de la garantie pour le sinistre en cause, et de résilier le contrat moyennant préavis d'un mois minimum.

6 – COTISATIONS

61 – COTISATION ANNUELLE

La cotisation annuelle est indiquée sur les dispositions particulières.

Elle s'entend impôts et taxes d'assurance en vigueur compris.

62 - REVISION DE LA COTISATION

Elle est révisable annuellement à la date anniversaire du contrat (1^{er} janvier de chaque exercice) en fonction de l'évolution générale du risque, des résultats observés ou du fait de l'aggravation du risque, sous réserve d'en informer l'Assuré avec un préavis de deux mois.

63 - DEFAUT DE PAIEMENT DE LA COTISATION PAR L'ASSURE

A défaut de paiement de la cotisation, ou d'une fraction de cotisation dans les dix jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la Société de poursuivre l'exécution du contrat en justice, la garantie sera suspendue à compter du trentième jour qui suit la mise en demeure de l'Assuré. La cotisation est portable dans tous les cas, après la mise en demeure de l'Assuré.

La Société se réserve le droit de résilier le contrat, dix jours après l'expiration du délai de trente jours mentionné à l'alinéa précédent. Le contrat non résilié reprend pour l'avenir ses effets, à midi le lendemain du jour où a été payée à la Société, la cotisation arriérée ayant fait l'objet de la mise en demeure, et celle venue à échéance pendant la période de suspension, ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

7 - SINISTRES

71 – FORMALITES A ACCOMPLIR EN CAS DE SINISTRE

En cas de sinistre, l'Assuré s'oblige :

- a) à donner avis par écrit à la Société, dès qu'il en a eu connaissance et au plus tard dans un délai de dix jours ouvrés, de tout sinistre de nature à entraîner la garantie de la Société.
- b) à faire parvenir à la Société, soit directement, soit par l'intermédiaire de son médecin conseil, dans les plus brefs délais :
 - la déclaration d'accident « sinistre » (fournie par la Société à la déclaration de sinistre) dûment complétée et signée ;
 - le certificat médical attestant de la nature de la fracture ou de la brûlure, de la localisation de la fracture et/ou de la brûlure ;
 - le certificat d'hospitalisation s'il y a lieu ;
 - la copie des comptes-rendus d'imagerie médicale (radiographies, scanner, IRM ou autres) ;
 - la copie des comptes-rendus des examens des laboratoires ;
 - le cas échéant, la copie des comptes-rendus d'hospitalisation et d'intervention ;
 - PV de police ou de gendarmerie s'il y a lieu ;
 - toute autre pièce ou justificatif jugé nécessaire par la Société.

Dans tous les cas, la Société se réserve le droit de réclamer à l'Assuré toutes pièces complémentaires et de faire procéder à toute expertise qu'il jugerait utiles pour prendre sa décision sur la prise en charge.

72 – NON RESPECT DES FORMALITES DE DECLARATION D'UN SINISTRE

Pour ce qui concerne le paragraphe a) ci-dessus, sauf cas fortuit ou de force majeure, et sous réserve qu'elle rapporte la preuve que le retard de déclaration lui a causé un préjudice, la Société est en droit de priver l'Assuré du bénéfice de la garantie pour le sinistre en cause.

Pour ce qui concerne le paragraphe b) ci-dessus, sauf cas fortuit ou de force majeure, La Société est en droit de réclamer à l'Assuré, une indemnité proportionnelle au préjudice que ce manquement aura pu lui causer.

73 – CONTROLE MEDICAL

L'Assuré a l'obligation de se soumettre en cas de besoin au contrôle médical des médecins de la Société, sous peine de se trouver déchu de tout droit aux indemnités, si après avoir refusé de se soumettre au contrôle du premier médecin, il refusait d'accepter celui d'un deuxième médecin, sans motif impérieux dûment justifié.

Les renseignements médicaux confidentiels sont adressés, avec l'accord de la Société, directement à son médecin-conseil, qui seul, en prendra connaissance et ne transmettra à la Société que les éléments nécessaires à l'application du contrat.

74 - PAIEMENT DE L'INDEMNITE

Le paiement de l'indemnité doit être effectué dans les 20 jours qui suivent la réception par la société du dossier de sinistre mentionné à l'article 71. Le paiement de l'indemnité d'un sinistre dont l'Assuré a régulièrement donné quittance à la Société, la libère de toute réclamation ultérieure.

8 - RESILIATION DU CONTRAT

81 – RESILIATION DU CONTRAT

Le contrat peut être résilié :

- a) **par l'Assuré ou la Société** : chaque année, à la date d'échéance de la cotisation annuelle moyennant un préavis de **DEUX MOIS** ;
- b) **par la Société** :
- en cas de non paiement des cotisations ;
 - en cas de refus par l'Assuré de nouvelles conditions tarifaires applicables ;
 - en cas d'aggravation du risque ;
 - en cas d'omission ou d'inexactitude dans la déclaration du risque à la souscription ou en cours de contrat ;
 - après sinistre.
- c) **par l'Assuré** :
- en cas de diminution du risque, et refus concomitant de la Société de réduire la cotisation ;
 - en cas d'augmentation de la cotisation par la Société suite à une aggravation des risques techniques du contrat ou évolution générale du risque, sous réserve d'une notification de son refus à la Société par lettre recommandée avec avis de réception, dans le délai maximum de 30 jours suivant la date de notification par la Société de la nouvelle cotisation.
- d) **de plein droit** : En cas de perte par la Société, de l'agrément nécessaire à l'exploitation de la branche d'assurance concernée.

82 – MODALITES DE RESILIATION

La résiliation du contrat à l'initiative de la Société, doit être notifiée à l'Assuré par lettre recommandée adressée à son dernier domicile connu.

La résiliation du contrat à l'initiative de l'Assuré peut s'effectuer à son choix, soit par lettre recommandée, soit par une déclaration faite contre récépissé au siège social de la Société, soit par acte extrajudiciaire.

La résiliation du contrat par l'une ou l'autre parties, sur la base de la survenance d'un des événements prévus par l'article L. 113-16 du Code des assurances, doit être notifiée par l'une à l'autre partie par lettre recommandée avec demande d'avis de réception indiquant la nature et la date de l'événement invoqué.

La résiliation prend effet un mois après réception de la notification.

En cas d'envoi d'une lettre recommandée, tout délai de préavis de résiliation (à l'exception du cas de non-paiement des cotisations) se décompte par rapport à la date d'envoi de la notification par le destinataire.

Dans le cas d'une résiliation au cours d'une période d'assurance, la portion de cotisation restante est remboursée à l'Assuré, si elle a été perçue d'avance. Toutefois, si le contrat a été résilié pour non-paiement de cotisation, la cotisation intégrale reste due à la Société, ainsi que les frais de recouvrement, sans remise en vigueur automatique du contrat.

9- REGLEMENT DES LITIGES

91 - RECLAMATION, PROCEDURE AMIABLE

Le service qualité - réclamations de la Société est à la disposition de l'Assuré pour prendre en compte ses observations et tenter de répondre à ses préoccupations, pour traiter les éventuels litiges survenus entre lui et la Société, contribuer à les réduire, et contribuer à l'amélioration et à la simplification des procédures.

92 – MEDIATION

Au cas, où la réclamation n'a pu être réglée après épuisement de toutes les procédures de dialogue avec la Société, ainsi que de toutes les possibilités offertes par les éventuelles garanties de défense et recours, l'Assuré peut, sans préjudice pour lui d'intenter une action en justice, porter sa réclamation devant : *Monsieur le Médiateur de la Fédération Française des Sociétés d'Assurances BP 290 75425 PARIS CEDEX 09.*

93 - PRESCRIPTION

Conformément aux articles L 114 et L 114-2 du Code des assurances, toute action dérivant de ce contrat est prescrite par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. La prescription peut être interrompue par une des causes ordinaires d'interruption ainsi que dans les cas ci-après :

- Désignation d'expert à la suite d'un événement ;
- Envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception (par nos soins au sociétaire en ce qui concerne le règlement de la cotisation ; par vos soins à nous-même en ce qui concerne le règlement de l'indemnité) ;
- Citation en justice, même en référé.

Toutefois, ce délai ne court :

1/ en cas de réticence, omission ou déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où la Société 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.

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 la prescription peut, en outre résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par la Société à l'Assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par l'Assuré en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

94 - INFORMATIQUE ET LIBERTES

Les données personnelles recueillies par la Société ou son délégataire sont exclusivement utilisées pour le suivi du dossier de l'Assuré, ou l'envoi de documents concernant les produits d'assurance de la CAMEIC.

Conformément à l'article 2 de la Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée par la Loi n° 2004-801 du 6 août 2004 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements et données à caractère personnel, l'Assuré dispose d'un droit d'accès aux informations, en vue de confirmer, modifier, rectifier ou supprimer les données le concernant et figurant sur tout fichier à usage de la Société. L'Assuré peut exercer ce droit en s'adressant à la CAMEIC.