

Annexe aux CG Aréas Garanties facultatives

Moyennant stipulation expresse aux conditions particulières, le contrat garantit les risques définis ci-après au paragraphe 3.1

3.1. Accidents corporels

A - Objet de la garantie

Le contrat garantit les risques définis ci-après en cas d'accident corporel atteignant l'assuré pendant lors de ses activités garanties par le contrat.

Il faut entendre par "accident corporel" toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré et provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure.

Pour les personnes âgées de plus de 70 ans au jour du sinistre, les indemnités versées au titre des garanties définies ci-après (sauf frais de soins) seront réduites de moitié.

B - Nature des garanties

a) Décès

En cas de décès survenu dans le délai maximum d'un an à compter du jour de l'accident, l'assureur verse aux ayants droit (sur présentation des pièces justificatives de leurs droits) le capital dont le montant est indiqué aux conditions particulières, ce capital est éventuellement diminué de toute indemnité antérieurement versée, pour le même accident, en application du paragraphe b) ci-après. Lorsque la victime est un enfant de moins de 16 ans, le capital décès (même s'il est souscrit pour une somme supérieure) ne peut excéder le plafond prévu aux conditions particulières.

b) Invalidité permanente

En cas d'invalidité permanente, l'assureur verse à l'assuré ou à ses représentants le capital indiqué aux conditions particulières, affecté du pourcentage d'invalidité résultant du barème conventionnel figurant ci-après.

Aucune indemnité ne peut être exigée avant que le taux de l'invalidité puisse être fixé définitivement, c'est à dire avant guérison ou consolidation complète de l'assuré; elle sera payée dans le délai de quinze jours à compter de ce jour.

Toutefois, si la consolidation n'était pas acquise dans les douze mois suivant l'accident, l'assureur verserait à la victime, sur sa demande, une provision égale à la moitié de l'indemnité minima qui est susceptible de lui être due au jour de la consolidation. Si cette provision se révélait, lors de la consolidation définitive, supérieure à l'indemnité effectivement due par l'assureur, la victime devrait restituer le trop-perçu.

Barème conventionnel

Tête Taux d'invalidité

Aliénation mentale, totale et incurable	100 %
Perte complète de la vision des yeux	100 %
Perte complète de la vision d'un œil	25 %
(avec ou sans énucléation)	
Surdité incurable et totale des deux oreilles	40 %
Surdité incurable et totale d'une oreille	15 %
Syndrome subjectif post commotionnel	

sans signes objectifs 3 à 5 %

Membres Taux d'invalidité

a) Infirmitté portant sur les deux membres :

Perte des deux bras ou des deux mains 100 %

Perte des deux jambes ou des deux pieds 100 %

Perte d'un bras ou d'une main et d'une jambe ou d'un pied 100 %

b) Membres supérieurs :

Amputation ou perte totale de l'usage de : Droit-Gauche

Un doigt autre que le pouce et l'index 8 % 5 %

Un index 12 % 10 %

Un pouce 20 % 15 %

Un bras ou une main 60 % 50 %

Ankylose complète de l'articulation :

Du poignet ou du coude 20 % 15 %

De l'épaule 30 % 25 %

c) Membres inférieurs :

Amputation ou perte totale de l'usage de :

Un orteil autre que le gros orteil 2 %

Deux ou trois orteils autres que le gros orteil 5 %

Un gros orteil 8 %

Tous les orteils d'un pied 15 %

Un pied 40 %

Une jambe 50 %

Une cuisse 60 %

Ankylose complète de l'articulation :

De la cheville..... 15 %

Du genou 20 %

De la hanche 30 %

Infirmittés diverses Taux d'invalidité

Ablation d'un rein 20 %

Ablation de la rate 10 %

Au cas où l'assuré apporterait la preuve qu'il est gaucher, les taux prévus pour les membres supérieurs seraient inversés.

Règles concernant la détermination du taux d'invalidité

1. Toute lésion non prévue dans les barèmes sera évaluée par comparaison avec une infirmité équivalente en gravité.

2. Si, à la suite d'un même accident, plusieurs membres ou organes sont frappés d'incapacité fonctionnelle, les taux d'invalidité en résultant se cumulent sans que le total puisse excéder 100%.

3. Si un seul membre ou organe est atteint de plusieurs lésions, les taux d'invalidité en résultant se cumulent sans que le total puisse dépasser le pourcentage prévu pour la perte de ce membre ou de cet organe.

4. L'incapacité fonctionnelle totale ou partielle d'un membre ou organe est assimilée à sa perte totale ou partielle.

5. Pour les membres ou organes déjà lésés, le taux d'invalidité est déterminé déduction faite du taux d'invalidité antérieur.

6. En aucun cas, la situation ou la profession de l'assuré n'est prise en considération pour la fixation de l'invalidité.

7. Franchise : quand une franchise est prévue aux conditions particulières, les invalidités dont le taux est égal ou inférieur à celui indiqué aux dites conditions ne seront pas indemnisées.

8. Enfants : en ce qui concerne les enfants, le taux d'invalidité ne sera déterminé, après consolidation, que lorsqu'ils auront atteint l'âge de 7 ans.

c) Incapacité temporaire

En cas d'incapacité temporaire totale de travail, l'assureur verse l'indemnité journalière indiquée aux conditions particulières.

Cette indemnité journalière est due :

- à partir du premier jour qui suit l'arrêt d'activité ou après le délai de franchise indiqué aux conditions particulières,
- jusqu'à la guérison ou la consolidation et au maximum pendant 365 jours.

L'indemnité journalière est réduite de moitié dès que l'assuré aura la possibilité de reprendre partiellement ses activités ou, s'il n'exerce pas de profession, dès le jour où il n'est plus obligé de garder la chambre.

d) Frais de soins

En cas de traitement nécessité par l'accident, l'assureur garantit le remboursement des frais suivants :

a) frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques, d'hospitalisation, et de traitement dans des établissements de réadaptation fonctionnelle et de rééducation, à l'exclusion des frais de cure, de bains et d'héliothérapie ;

b) frais de transport du lieu de l'accident à la résidence habituelle de l'assuré ou à l'établissement hospitalier qualifié, dans la mesure où ce transport est médicalement reconnu nécessaire ;

c) frais d'optique à concurrence du forfait par personne assurée prévu aux conditions particulières ;

d) soins et prothèses dentaires à concurrence du forfait prévu par dent aux conditions particulières ;

e) frais de premier appareillage à concurrence de la somme prévue par personne assurée aux conditions particulières.

Le remboursement est effectué, sur remise de pièces justificatives, sur la base du tarif de la Sécurité sociale, applicable au jour de l'accident, du lieu où sont donnés les soins, et à concurrence de deux fois ce tarif.

Pour les accidents survenus à l'étranger, il sera fait application du barème de la Sécurité sociale en vigueur dans le département de l'assuré, le règlement étant effectué en France et unité monétaire française.

Le remboursement de l'assureur viendra en complément des prestations dues par un régime de prévoyance obligatoire, un organisme mutualiste ou un contrat d'assurance antérieur sans que l'assuré puisse recevoir au total une somme supérieure à ses dépenses.

Il ne pourra excéder par personne assurée le capital prévu aux conditions particulières.

C – Exclusions

Sont exclus de la garantie les dommages résultant des faits et événements suivants :

1 - les dommages occasionnés par la guerre étrangère ou civile, les émeutes ou mouvements populaires, les grèves, le lock-out, les actes de terrorisme ou de sabotage commis dans le cadre d'une action concertée ;

2 - les dommages causés par des engins de guerre dont l'assuré ou les personnes dont il est civilement responsable seraient sciemment possesseurs ou détenteurs, ainsi que ceux causés par la manipulation volontaire d'engins de guerre par l'assuré ;

- 3 - la désintégration du noyau atomique, les rayons x, le radium et ses composés et dérivés ;
- 4 - le suicide ou la tentative de suicide de l'assuré et les lésions provoquées intentionnellement par l'assuré ;
- 5 - la participation de l'assuré à un duel, à une rixe (sauf cas de légitime défense), à un crime ou délit intentionnel ;
- 6 - a) l'usage par l'assuré de drogues ou stupéfiants non prescrits médicalement ;
b) les accidents subis par l'assuré lorsqu'il est en état d'ivresse dûment constaté ou lorsque son taux d'alcoolémie est égal ou supérieur à la limite prévue par l'article R. 233-5 du Code de la route (sauf si l'assuré prouve que l'accident est sans rapport avec cet état).
- 7 - l'usage par l'assuré de moyens de locomotion aérienne (sauf en qualité de passager sur les appareils des sociétés de transport aérien agréées pour le transport public de personnes), sous-marine ou spatiale ;
- 8 – les compétitions comportant l'utilisation de véhicules à moteur et leurs essais.
- 9 – causés par les maladies n'ayant pas pour origine un accident garanti,
- 10 – résultant d'affections musculaires, articulaires, tendineuses et discales, telles que pathologies vertébrales, ruptures musculaires et tendineuses lorsqu'elles ne résultent pas d'un accident garanti,
- 11 – résultant d'affections cardio-vasculaires et vasculaires cérébrales lorsque celles-ci ne résultent pas d'un accident garanti,
- 12 – résultant du suicide ainsi que la tentative de suicide,
- 13 – dus à des accidents causés ou provoqués intentionnellement par l'assuré ou par le bénéficiaire ou à l'aide de sa complicité,
- 14 – résultant d'atteinte à la personne âgée de plus de 70 ans,
- 15 – liés aux suites et conséquences des accidents et affections apparues antérieurement à la date de souscription,
- 16 – dus à la conduite en état d'ivresse, lorsque le taux d'alcoolémie est supérieur ou égal à celui légalement autorisé
- 17 – résultant de l'usage de drogues ou stupéfiants, sauf s'ils ont été prescrits médicalement dans le cadre d'un traitement thérapeutique.

Exclusions spécifiques aux garanties Indemnité Journalière d'Hospitalisation :

- 1 – les accidents résultant d'affections nerveuses et mentales (notamment psychiatriques),
- 2 – les séjours en maison de repos, établissement de convalescence, maison d'enfants à caractère sanitaire, institut médico-pédagogique et médico-psycho-pédagogique, hospice, maison de retraite, logement, foyer, établissement d'hébergement, centre de cures médicales pour personnes âgées, service de long séjour d'un établissement hospitalier, centre de cure thermique, marine ou de rajeunissement, traitements esthétiques, diététiques.

D - Dispositions diverses

1. Non cumul

Si l'assureur intervient dans le cadre de la garantie responsabilité civile, il est précisé que les indemnités contractuelles dues en application de la présente extension de garantie s'imputeront sur les indemnités de droit commun prises en charge par l'assureur en application de cette garantie responsabilité civile.

3. Obligation de l'assuré en cas de sinistre

Outre les dispositions prévues au § 34 des conditions générales, la victime doit accepter de se soumettre au contrôle des médecins de l'assureur, sous peine de se trouver déchu de tout droit aux prestations si, après avoir refusé de se soumettre au contrôle d'un premier médecin, elle refuse également d'accepter celui d'un deuxième médecin, sauf motif impérieux dûment justifié.

En cas de contestation d'ordre médical sur les causes ou les conséquences du sinistre, le différend est soumis à une expertise dans les conditions prévues au paragraphe 4 ci-après.

4. Expertise

En cas de désaccord sur les causes ou conséquences d'un sinistre, le différend devra être soumis, avant toute instance judiciaire, à deux experts choisis, l'un par l'assuré, l'autre par l'assureur.

Faute d'entente entre les experts, un troisième expert pourra être désigné soit de gré à gré, soit par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'assuré.

Chaque partie paie les honoraires de son expert et, s'il y a lieu, la moitié de ceux du troisième expert et des frais de procédure.

