

Ce contrat d'assurance a pour objet de garantir les cas d'atteinte à l'intégrité physique de l'assuré survenant entre le jour de la prise d'effet du contrat et de sa résiliation.

DEFINITIONS

souscripteur : la personne physique ou morale qui est preneur du contrat et en assume les obligations, notamment le paiement des cotisations.

assuré : le souscripteur ou toute personne désignée aux dispositions particulières et sur la tête de qui repose l'assurance.

assureur : la société d'assurance mutuelle citée en tête de cette page..

nous : la société d'assurance mutuelle citée en tête de cette page..

accident : toute atteinte corporelle non intentionnelle, provenant d'un événement soudain, imprévisible, irrésistible et extérieur à la victime.

Ne sont pas considérés comme des accidents les crises d'épilepsie, de delirium tremens, la rupture d'anévrisme, l'infarctus du myocarde, l'embolie cérébrale et l'hémorragie méningée.

bénéficiaire : le bénéficiaire du contrat est l'assuré ; en cas de décès de celui-ci, ses ayants droit. Le plus généralement, sont considérés comme ayants droit de l'assuré : son conjoint ou concubin, ses descendants, ascendants et collatéraux.

échéance annuelle : la date indiquée sous ce titre aux dispositions particulières ; elle détermine le point de départ d'une année d'assurance. Elle correspond à la date à laquelle :

- la cotisation annuelle est exigible,
- le contrat peut être normalement résilié moyennant le préavis indiqué.

invalidité permanente : réduction définitive de certaines fonctions physiques, psychosensorielles, intellectuelles, appréciables médicalement à la date de consolidation en comparant l'état subsistant après l'accident, à l'état de santé antérieur à l'événement garanti.

consolidation : stabilisation durable de l'état de santé de l'assuré, ayant fait l'objet d'un constat médical, cet état n'étant plus susceptible d'évoluer vers une amélioration ou une aggravation.

frais d'obsèques : les dépenses relatives aux frais funéraires de l'assuré,

hospitalisation : le fait de recevoir des soins dans un établissement hospitalier (hôpital ou clinique habilitée à pratiquer des actes et traitements médicaux auprès de personnes accidentées, possédant les autorisations administratives locales permettant ces pratiques ainsi que le personnel compétent).

franchise relative : l'indemnité journalière d'hospitalisation est versée dès le 1^{er} jour en cas d'hospitalisation supérieure à 24 heures.

sinistre : événement accidentel, fait générateur de la garantie.

prescription : délai au-delà duquel aucune action ne peut plus être intentée.

subrogation : substitution de l'assureur dans les droits et actions de l'assuré ou du bénéficiaire du contrat à l'encontre de tout tiers. L'assureur ne peut recourir contre les enfants, descendants, ascendants, alliés en ligne directe, préposés, employés, ouvriers ou domestiques, et généralement toute personne vivant habituellement au foyer de l'assuré, sauf le cas de malveillance commise par une de ces personnes.

La subrogation est limitée au montant des indemnités versées.

tiers : toute autre personne que l'assureur, l'assuré ou le bénéficiaire du contrat.

VOS GARANTIES

Le contrat est ouvert aux personnes âgées de moins de 65 ans.

1. objet de la garantie

Les risques couverts :

La garantie s'exerce en cas d'atteinte à l'intégrité corporelle de l'assuré résultant :

- **d'un accident de la vie privée** suite à un événement soudain et imprévu individuel ou collectif dû à une ou des causes extérieures,
- **d'un accident de la circulation** : lorsque l'assuré est victime, dans le cadre de sa vie privée d'un accident de la circulation en tant que conducteur d'un véhicule terrestre à moteur de moins de 3,5 tonnes ou d'une moto de cylindrée inférieure à 2001cm³, ou en tant que passager d'un véhicule terrestre à moteur. La garantie s'exerce également lorsque l'assuré, en qualité de piéton ou cycliste, est victime dans le cadre de sa vie privée, d'une collision avec un véhicule terrestre à moteur,
- **d'un accident dû à des attentats** ou à des infractions lorsque ces derniers résultent de faits volontaires ou non qui présentent le caractère matériel d'une infraction,
- **d'un accident médical** causé à l'occasion d'actes chirurgicaux de prévention, de diagnostic, d'exploration, de traitements 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 législation du pays dans lequel a lieu l'acte, lorsque ces actes sont assimilables à ceux référencés dans la nomenclature générale des actes professionnels.

Est considéré comme acte médical, l'acte ou un ensemble d'actes de caractère médical qui a eu pour l'assuré des conséquences dommageables pour sa santé, exceptionnelles et anormales, indépendantes de l'évolution de l'affection en cause et de l'état antérieur.

La couverture des accidents médicaux n'est acquise que pour les conséquences des actes ou traitements pratiqués postérieurement à la prise d'effet du contrat.

définitions des garanties :

➢ le décès

Lorsque l'assuré décède des suites d'un accident garanti, et ce dans les 12 mois de sa survenance, il est versé au bénéficiaire, le capital prévu aux conditions particulières. Lors du décès d'un enfant mineur, le capital versé est limité aux frais d'obsèques dans la limite de 10% du capital souscrit. Lorsque le décès de l'assuré survient après un état d'invalidité permanente, lié à un même événement accidentel, le capital dû au titre du décès sera versé sous déduction des sommes déjà réglées au titre de la garantie Invalidité Permanente.

➢ l'invalidité permanente

La garantie sera versée lorsqu'un accident garanti entraîne pour l'assuré une invalidité permanente dont le taux est supérieur ou égal à 10%. Ce taux est fixé lors d'une expertise médicale, après consolidation des blessures, selon le barème indiqué ci-dessous et ne tient compte que de la seule invalidité fonctionnelle de l'assuré, en dehors de toute incidence professionnelle ou scolaire. (cf. barème page 7). Nous verserons à l'assuré le capital dû en fonction du taux d'invalidité après

consolidation, sous déduction des sommes déjà versées au titre de la garantie Hospitalisation lorsque l'invalidité permanente est liée à un même événement accidentel.

➢ l'indemnité journalière d'hospitalisation

L'indemnité journalière sera versée à l'assuré en cas d'hospitalisation consécutive à un accident garanti, après écoulement d'une franchise relative de 24 heures, jusqu'au jour de sortie inclus et pour une durée maximale de 365 jours.

Il ne peut y avoir cumul des garanties Invalidité Permanente et Indemnité Journalière d'Hospitalisation.

➢ frais de réparation de chirurgie esthétique

Il s'agit du remboursement des frais de réparation de chirurgie esthétique engagés par l'assuré dans les 12 mois de la survenance de l'accident garanti, dans la limite du montant repris par les dispositions particulières et des frais restant réellement à la charge de l'assuré, déduction faite du remboursement versé par la Sécurité Sociale (ou toute caisse sociale similaire), s'il y a lieu.

Ces frais devront impérativement être justifiés par les suites et conséquences directes de l'accident garanti.

2. étendue territoriale de la garantie

Les garanties s'exercent dans tous les pays de l'Union Européenne et territoires d'Outre-Mer, dans les principautés d'Andorre et de Monaco, en Suisse, en Islande, au Liechtenstein, à Chypre, à Malte, à San Marin, au Vatican et en Norvège.

Dans le reste du monde les garanties s'exercent pour des voyages et des séjours de moins de 3 mois consécutifs.

3. les risques exclus

Ne sont pas pris en charge les sinistres :

- résultant de la participation volontaire de l'assuré à un crime, à un délit intentionnel ou à une rixe, sauf cas de légitime défense ou d'assistance à personne en danger,
- résultant de la pratique d'un sport à titre professionnel dans le cadre d'une compétition ou d'un entraînement,
- résultant d'un accident survenu dans le cadre de la vie professionnelle de l'assuré, y compris les trajets entre le domicile et le lieu de travail de l'assuré,
- résultant d'un accident de la circulation, lorsque l'assuré n'a pas souscrit l'option circulation,
- provenant de la guerre civile ou étrangère,
- dus aux effets directs ou indirects d'irradiation provenant de transmutations de noyaux d'atomes ou de la radioactivité, ainsi que ceux dus aux effets de radiations provoqués par l'accélération artificielle de particules,
- résultant d'expérimentations biomédicales,
- causés par les maladies n'ayant pas pour origine un accident garanti,
- 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,
- résultant d'affections cardio-vasculaires et vasculaires cérébrales lorsque celles-ci ne résultent pas d'un accident garanti,
- le suicide ainsi que la tentative de suicide,
- dus à des accidents causés ou provoqués intentionnellement par l'assuré ou par le bénéficiaire ou à l'aide de sa complicité,
- résultant d'atteinte à la personne âgée de plus de 70 ans,
- liés aux suites et conséquences des accidents et affections apparues antérieurement à la date de souscription,
- dus à la conduite en état d'ivresse, lorsque le taux d'alcoolémie est supérieur ou égal à celui légalement autorisé dans le pays où a lieu l'accident,
- résultant de l'usage de drogues ou stupéfiants, sauf s'ils ont été prescrits médicalement dans le cadre d'un traitement thérapeutique.

Exclusions spécifiques à la garantie Indemnité Journalière d'Hospitalisation et Invalidité Permanente :

- les accidents résultant d'affections nerveuses et mentales (notamment psychiatriques),
- 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.

4. le règlement des sinistres

L'assuré ou le bénéficiaire doit déclarer le sinistre à l'assureur dans les 5 jours ouvrés qui suivent la survenance de l'accident, sauf cas fortuit ou de force majeure. Passé ce délai, l'assuré peut perdre ses droits à indemnisation dès lors que la déclaration tardive d'accident aura causé un préjudice à l'assureur.

Lors de sa déclaration, l'assuré ou le bénéficiaire du contrat doit indiquer les circonstances exactes de l'accident, communiquer l'identité des tiers en cause et des éventuels témoins et indiquer l'identité de l'autorité verbalisante si un procès-verbal a été dressé.

Pièces à produire en cas de :

- **décès** :
 - un certificat médical précisant la cause du décès,
 - un extrait d'acte de décès de l'assuré,
 - la ou les factures des frais funéraires exposés pour les enfants assurés,
 - toutes justifications d'état civil permettant d'établir les liens de filiation ou familiaux des ayants droit de l'assuré décédé.
- **invalidité permanente totale** :

- un certificat médical décrivant les blessures
- l'assuré devra se soumettre à toute expertise médicale initiée par l'assureur et aux examens complémentaires nécessaires à la détermination du taux d'invalidité.

➤ **indemnité journalière d'hospitalisation :**

- le bulletin de situation
- toute pièce médicale réclamée par notre médecin conseil, lui permettant d'apprécier si l'hospitalisation s'inscrit bien dans le cadre des garanties

➤ **frais de réparation de chirurgie esthétique :**

- la note d'honoraires reprenant l'acte de chirurgie esthétique,
- le compte rendu médical de l'intervention,
- le décompte de Sécurité Sociale (ou de toute caisse sociale obligatoire) reprenant l'acte.

L'assuré est tenu de fournir toutes les pièces complémentaires qui lui seraient demandées pour la bonne constitution du dossier de règlement.

Expertise médicale :

➤ **l'invalidité permanente** de l'assuré est constatée par expertise médicale, conformément au barème indiqué à la page n°7,

➤ **pour les autres garanties**, nous nous réservons le droit de faire examiner l'assuré par un médecin de notre choix.

L'assuré est tenu de se soumettre à l'expertise médicale, diligentée par l'assureur et aux frais de ce dernier. L'assuré peut se faire assister par le médecin de son choix, les frais et honoraires restant alors à sa charge.

En cas de désaccord, les parties peuvent décider de recourir à l'arbitrage d'un médecin agissant en qualité de tiers expert désigné en commun.

En cas de désaccord sur le choix du tiers expert ou sur les conclusions de l'expertise, les parties peuvent décider de faire désigner un médecin par le Président du Tribunal de Grande Instance compétent, saisi aux frais de l'assureur, sur simple requête de la partie la plus diligente, l'autre ayant été régulièrement convoquée par lettre recommandée avec accusé de réception.

Les honoraires et frais du médecin arbitre et ceux de l'expert commis judiciairement sont supportés par moitié entre les parties.

Les garanties s'exercent dans le monde entier. Toutefois, si l'assuré se trouve en état d'invalidité à la suite d'un accident survenu hors de France, la constatation médicale de cet état devra être effectuée en France pour ouvrir droit au paiement des prestations.

Le règlement des indemnités aura lieu au plus tard 15 jours après la remise de l'ensemble des pièces justificatives et après accord des parties.

FORMATION ET VIE DU CONTRAT

5. date d'effet de l'assurance

Le contrat est établi d'après les déclarations du souscripteur ou de l'assuré et la cotisation est fixée en conséquence.

La prise d'effet des garanties est subordonnée à l'acceptation du dossier et à notre confirmation. Elle est fixée au plus tôt le lendemain à midi du paiement de la première cotisation et figure aux Conditions Particulières. Il en va de même pour toute modification.

➤ **A la souscription du contrat :** le souscripteur et l'assuré doivent, de bonne foi, déclarer toutes les circonstances connues d'eux qui sont de nature à faire apprécier à l'assureur les risques qu'il prend à sa charge et répondre exactement aux questions posées dans le formulaire de proposition, notamment celles relatives à l'état de santé de l'assuré.

➤ **En cours de contrat :** le souscripteur ou à défaut l'assuré doit par lettre recommandée déclarer, dans les 15 jours à partir du moment où il en a eu connaissance, les circonstances nouvelles qui ont eu pour conséquence d'aggraver les risques et qui rendent inexacts ou caduques les réponses faites à l'assureur dans le formulaire de proposition, à l'exception de celles relatives à son état de santé.

6. durée du contrat

Le contrat est conclu pour une durée d'un an et est renouvelable par tacite reconduction à chaque échéance principale indiquée aux Conditions Particulières, sauf dénonciation par l'une ou l'autre des parties, moyennant préavis de deux mois.

Cessation des garanties : la date d'expiration des garanties est fixée à la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle l'assuré atteint son 70^{ème} anniversaire

7. cotisations

Le paiement des cotisations

La cotisation est fixée d'après vos déclarations, en fonction du montant et de la nature des garanties choisies.

La cotisation est payable à la date d'échéance fixée aux Dispositions Particulières au siège social de l'assureur ou au domicile de son représentant désigné à cet effet.

En cas d'utilisation du prélèvement SEPA pour le paiement de la cotisation, y compris frais et taxes, nous nous accordons, vous et nous, sur une pré-notification d'au moins 2 jours avant la date du premier prélèvement effectué.

A défaut de paiement de la cotisation ou d'une fraction de cotisation, dans les dix jours de son échéance, l'assureur, indépendamment de son droit de poursuivre l'exécution du contrat en justice peut, par simple lettre recommandée adressée au souscripteur, à son dernier domicile connu, suspendre la garantie trente jours après l'envoi de cette lettre.

Au cas où la cotisation annuelle aurait été fractionnée, la suspension de garantie intervenue en cas de non paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

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

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

Révision des cotisations :

Si l'assureur vient à modifier les tarifs applicables aux risques garantis par le présent contrat, la cotisation est modifiée dans la même proportion à l'échéance principale qui suit cette modification.

En cas de majoration de la cotisation, le souscripteur a la possibilité de résilier le contrat dans les 15 jours suivant celui où il a eu connaissance de la majoration.

Cette résiliation prendra effet un mois après la notification faite à l'assureur par lettre recommandée (le cachet de la poste faisant foi) et le souscripteur sera alors redevable d'une fraction de cotisation calculée sur la base de la cotisation précédente au prorata du temps écoulé entre la date de la dernière échéance et la date d'effet de la résiliation.

8. résiliation

Résiliation du contrat : la demande de résiliation peut être faite, soit par **lettre recommandée**, le cachet de la poste faisant foi, soit par déclaration faite contre récépissé à notre siège ou auprès de notre représentant dont les coordonnées figurent aux Conditions Particulières (art. L113-14 du code des assurances).

➤ par le souscripteur et l'assureur :

- en cas de changement de domicile, de situation ou régime matrimonial, de profession,
- en cas de retraite professionnelle,
- en cas de cessation d'activité du souscripteur,
- lorsque le contrat a pour objet la garantie de risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouve pas dans la nouvelle situation (art. L113-16 du code des assurances).

➤ par le souscripteur :

- à chaque échéance annuelle, en respectant un préavis de 2 mois,
- en cas de modification du tarif d'assurance appliqué au contrat,
- si nous résilions un autre contrat de l'assuré après sinistre (art. R113-10 du code des assurances),
- en cas de diminution des risques, si l'assureur ne réduit pas la cotisation en conséquence (art. L113-4 du code des assurances),
- dans les 20 jours suivant l'envoi de l'avis d'échéance lorsque le contrat couvre une personne physique en dehors de son activité professionnelle (art. L 113-15-1 du code des assurances).

➤ par l'assureur :

- en cas de non paiement des cotisations (art. L113-3 du code des assurances),
- en cas d'omission ou de déclaration inexacte lors de la souscription ou en cours de contrat, si la mauvaise foi de l'assuré ou du souscripteur n'est pas établie (art. L113-9 du code des assurances)
- en cas d'aggravation des risques, selon les dispositions de l'article L 113-4 du Code des Assurances sous réserve de celles édictées par l'article 6 de la Loi 89-1009 du 31 décembre 1989,
- en cas de règlement judiciaire.

➤ de plein droit :

- en cas de décès de l'assuré,
- en cas de retrait d'agrément de l'Union de Société d'assurances mutuelles dont la MUTUELLE ALSACE LORRAINE JURA est adhérente. La résiliation intervient le 10^{ème} jour à midi à compter de la date de publication au Journal Officiel de la décision prononçant le retrait, la portion de cotisation afférente à la période non garantie étant alors restituée à l'assuré (art. R322-113 du code des assurances).

Renonciation : le souscripteur a la possibilité de renoncer, par lettre recommandée avec avis de réception, aux garanties souscrites dans un délai de 30 jours à compter du paiement du premier versement. Celui-ci vous sera alors intégralement remboursé.

La lettre peut être rédigée comme suit :

" Veuillez prendre note de ma renonciation à ma proposition d'assurance au contrat *MOTO ASSUR/ACCIDENT* que j'ai signée et me rembourser l'intégralité de mon versement ".

9. sanctions

Toute réticence, fausse déclaration, production intentionnelle d'informations erronées entraînent la nullité du contrat, quand cette réticence ou fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue notre opinion. Les cotisations payées nous demeurent acquises et nous avons droit au paiement de toutes cotisations échues à titre de dommages intérêts (art. L113-8 du code des assurances).

Lorsque la réticence ou la fausse déclaration ne revêt pas un caractère intentionnel, l'assureur peut, dans les termes de l'article L.113-9 du code des assurances :

- soit résilier le contrat,
- soit proposer un nouveau montant de cotisation adapté au risque réel et, si le souscripteur ou l'assuré n'accepte pas la nouvelle cotisation ou ne répond pas dans un délai d'un mois, résilier le contrat dans un délai d'un mois, moyennant un préavis de 10 jours,
- lorsque l'inexactitude est constatée après sinistre, réduire les indemnités dues au titre de celui-ci dans la proportion de la cotisation payée par rapport à celle qui aurait dû l'être si le risque avait été correctement déclaré.

DISPOSITIONS DIVERSES

10. prescription

Les actions dérivant du présent contrat sont prescrites après un délai de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance dans les conditions déterminées par les articles L114-1 et L114-2 du code des assurances. Toutefois, lorsque les ayants droit de l'assuré sont les bénéficiaires du capital en cas de décès, la prescription est de dix ans.

La prescription peut être interrompue par une de ces causes :

- désignation d'un expert après sinistre,
- envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne le paiement de la cotisation ou par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité,
- citation en justice (même en référé),
- commandement ou saisie signifié à celui que l'on veut empêcher de prescrire,
- mise en œuvre de la procédure amiable de règlement des litiges,

11. subrogation

L'assureur est subrogé dans les droits et actions de l'assuré du contrat jusqu'à concurrence des indemnités réglées contre tout tiers responsable du sinistre. Si la subrogation ne peut, du fait de l'assuré, s'opérer en faveur de l'assureur, la garantie de ce dernier cesse d'être engagée dans la mesure où aurait pu s'exercer la subrogation.

12. litiges

En cas de difficulté quelconque concernant l'application du présent contrat, les parties conviennent de se rapporter à la sentence rendue par deux arbitres compétents sur la cause du litige, choisis par chacune d'elles dans un délai d'un mois. Toute contestation d'ordre médical survenant entre le médecin de l'assuré et le nôtre serait soumise à l'arbitrage d'un médecin-expert désigné d'un commun accord entre les deux premiers. Si un accord n'intervenait pas, un médecin-expert serait nommé par la juridiction compétente du domicile de l'assuré. Les honoraires et frais du médecin-expert seraient partagés entre l'assuré et nous.

BAREME SERVANT CONTRACTUELLEMENT DE BASE AU CALCUL DE L'INDEMNITE EN CAS D'INVALIDITE PERMANENTE

A - INVALIDITES PERMANENTES TOTALES

– Perte totale des deux yeux ou de la vision des deux yeux	100%	– Aliénation mentale incurable et totale résultant directement et exclusivement d'un accident	100%
– Perte complète de l'usage des deux membres inférieurs ou supérieurs	100%		

B - INVALIDITES PERMANENTES PARTIELLES (% proportionnels du capital assuré)

TETE

– Perte complète de la vision d'un oeil sans énucléation	25%	– Anosmie absolue	4%
– Surdité totale non appareillable résultant directement et exclusivement d'un accident	60%	– Fracture des os propres du nez ou de la cloison, avec gêne respiratoire	3%
– Surdité complète d'une oreille	12%	– Sténose nasale totale unilatérale	4%
– Syndrome subjectif des traumatisés crâniens, troubles post-commotionnels - forme complète	5%	– Fracture non consolidée de la mâchoire inférieure	20%
– Epilepsie généralisée post-traumatique, une ou deux crises convulsives par mois avec traitement	50%	– Perte totale ou presque totale des dents	
– Hémiplégie avec contracture :		• avec possibilité de prothèse	10%
• côté droit	70%	• sans possibilité de prothèse	35%
• côté gauche	55%		

MEMBRES SUPERIEURS ET EPAULES

	D	G		D	G
– Fracture de la clavicule avec séquelles nettes	5%	3%	– Amputation de l'index	10%	8%
– Raideurs de l'épaule, peu accentuées	5%	3%	– Amputation du m�d�us	8%	6%
– Raideurs de l'épaule, la projection en avant et l'abduction n'atteignant pas 90�	15%	11%	– Amputation de l'annulaire	5%	3%
– Perte complète de l'usage du mouvement de l'épaule	30%	22%	– Amputation de l'auriculaire	5%	3%
– Amputation du bras au tiers supérieur ou perte complète de l'usage d'un bras	70%	55%	– Perte complète de l'usage du mouvement du coude	20%	15%
– Perte complète de l'usage d'une main	60%	50%	– Perte complète des mouvements d'un poignet	12%	9%
– Fracture non consolidée d'un bras	40%	30%	– Fracture du 1er métacarpien avec séquelles modérées	4%	3%
– Amputation du pouce :			– Fracture du 5�me métacarpien avec séquelles modérées	2%	1%
• sans conservation du métacarpien	25%	20%			
• avec conservation du métacarpien	15%	10%			

MEMBRES INFERIEURS

– Amputation de la cuisse au tiers moyen ou perte complète de l'usage d'un membre inférieur	60%	– Perte complète du mouvement de la hanche	30%
– Perte complète d'un pied	40%	– Perte complète du mouvement du genou	25%
– Fracture non consolidée de la cuisse	45%	– Ankylose complète de la cheville en position favorable	12%
– Fracture non consolidée d'une jambe	40%	– Séquelles modérées de fracture transversale de la rotule	10%
– Amputation partielle d'un pied comprenant tous les orteils et une partie du pied	25%	– Amputation du gros orteil avec son métatarsien	10%
		– Amputation de deux ou trois orteils d'un pied	2%

RACHIS – THORAX

– Fracture de la colonne vertébrale cervicale sans lésion médullaire	10%	– Algies radiculaires avec irradiation (forme légère)	2%
– Fracture de la colonne vertébrale dorsale-lombaire, tassement avec raideur rachidienne nette sans signes neurologiques	10%	– Fracture isolée du sternum avec séquelles peu importantes	3%
– Cervicalgies avec raideur rachidienne importante	5%	– Fracture uni-costale avec séquelles peu importantes	1%
– Lombalgies avec raideur rachidienne importante	5%	– Fractures multiples de côtes avec séquelles importantes	8%
		– Reliquats d'un épanchement traumatique avec signes radiologiques	5%

ABDOMEN

– Splénectomie avec séquelles hématologiques - sans incidence clinique	10%	– Cicatrice abdominale d'intervention chirurgicale avec éventration de 10 cm non opérable	15%
– Néphrectomie	20%		

BON A SAVOIR

Votre Mutuelle est une entreprise d'assurances de droit français dont les activités sont contrôlées par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (A.C.P.R.) - 61, rue Taibout 75009 PARIS.

En cas de réclamation, vous vous adressez en priorité à votre interlocuteur habituel.

En cas de désaccord, ou de non réponse, suite à sa première demande, vous pouvez adresser une réclamation en reproduisant les références du dossier, par courrier exclusivement accompagné de la copie des pièces se rapportant à son dossier, en exposant précisément vos attentes au service ci-après :

MUTUELLE ALSACE LORRAINE JURA – Service Qualité – 6 boulevard de l'Europe BP 3169 – 68063 MULHOUSE CEDEX.

Chacun des interlocuteurs bénéficient d'un délai de 10 jours ouvrables pour en accuser réception et de 2 mois pour répondre.

Il vous est également possible de saisir, en cas de non règlement de votre litige, la Médiation de l'Assurance soit par courrier (La Médiation de l'Assurance TSA 50 110 - 75441 PARIS CEDEX 09), soit par voie électronique en complétant un formulaire de saisine sur le site www.mediation-assurance.org.

Votre Mutuelle a adhéré à la "Charte de la Médiation de l'Assurance" dans le but d'améliorer le traitement à l'amiable des réclamations des assurés et des tiers.

Votre Mutuelle est réassurée avec caution solidaire de ses engagements auprès de l'Union du Groupe des Assurances Mutuelles de l'Est (GAMEST) - 6, bd de l'Europe - BP 3169 - 68063 MULHOUSE Cedex. Le GAMEST se substitue à votre Mutuelle réassurée pour la constitution des garanties prévues par la réglementation des entreprises d'assurances et l'exécution de ses engagements (articles R 322-113 et R 322-117-4 du Code des assurances).

Conformément à la Loi Informatique et Libertés n°78-17 du 6 janvier 1978 et modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent et qui figureraient dans tout fichier à l'usage de la Société, que vous pouvez exercer en vous adressant à : Mutuelle Alsace Lorraine Jura – 6 boulevard de l'Europe – BP 3169 – 68063 Mulhouse cedex 03

Le présent contrat est régi par le Code des Assurances (dénommé le Code dans le texte) y compris les dispositions impératives applicables aux Départements du Haut Rhin, du Bas Rhin et de la Moselle.



Société d'Assurance Mutuelle à cotisations variables
6 bd de l'Europe – BP 3169 – 68063 MULHOUSE Cedex
www.malj.fr

Entreprise régie par le Code des Assurances
Fondatrice du Groupe des Assurances Mutuelles de l'Est (GAMEST)