

I - PRÉSENTATION DU CONTRAT

ARTICLE 1 - OBJET DU CONTRAT

Le contrat AvoCotés Indemnités Blessures permet de garantir :

- en cas de Blessure accidentelle, le versement d'une indemnité forfaitaire ainsi que des prestations d'assistance ;
- en cas de Décès accidentel, le versement d'un capital.

ARTICLE 2 - NATURE DU CONTRAT

AvoCotés Indemnités Blessures est un contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative, soumis à la loi française, souscrit par ADLP Assurances auprès d'AUXIA et d'AUXIA ASSISTANCE.

Il est régi par le Code des assurances et relève des branches n° 1 (accident) et n° 18 (assistance) des opérations d'assurance.

ARTICLE 3 - DÉFINITIONS

• **Accident** : toute atteinte corporelle non intentionnelle sur la personne de l'assuré, résultant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

Les maladies, même si elles se manifestent sous une apparence accidentelle (Accident Vasculaire Cérébral, arrêt cardiaque...), ne sont pas des accidents. La preuve de la relation directe de cause à effet entre l'accident et la blessure ou le décès incombe au(x) bénéficiaire(s).

• **Assureurs** : Pour les garanties versées sous la forme d'une indemnité forfaitaire ou d'un capital : AUXIA, une entreprise régie par le Code des assurances, SA au capital entièrement libéré de 74 545 776 euros - RCS de Paris 422 088 476 - siège social au 21 rue Laffitte 75009 Paris.

Pour la garantie d'assistance en cas de blessure accidentelle : AUXIA Assistance, une entreprise régie par le Code des assurances, SA au capital entièrement libéré de 1 780 000 euros - RCS de Paris 351 733 761 - siège social au 21 rue Laffitte 75009 Paris.

- **Assurance "solo"** : l'Adhérent est l'unique personne assurée au titre de l'Adhésion.
- **Assurance "couple/famille"** : les Assurés sont l'Adhérent, ainsi que, selon la garantie considérée, son Conjoint déclaré au Contrat et leurs Enfants.
- **Adhérent** : la personne physique qui adhère au contrat AvoCotés Indemnités Blessures et s'engage à payer les cotisations.
- **Assuré** : la personne dont la Blessure ou le Décès accidentel entraîne la mise en œuvre des garanties.
- **Certificat d'adhésion** : le certificat délivré par ADLP Assurances confirmant l'adhésion de l'Adhérent au contrat AvoCotés Indemnités Blessures.
- **Conjoint** : la personne mariée, pacsée ou vivant maritalement avec l'Adhérent, déclarée dans le Certificat d'adhésion ou dans un avenant.
- **Décès accidentel** : décès de l'Adhérent directement causé par un Accident et survenant dans un délai maximum de 12 mois suivant cet Accident.
- **Enfant(s)** : les enfants âgés de plus de 6 mois et de moins de 18 ans, fiscalement à la charge de l'Adhérent ou de son Conjoint déclaré au Contrat, au moment du sinistre.
- **Domicile** : le lieu de résidence principale de l'Adhérent situé en France métropolitaine, à l'exclusion de toute résidence secondaire.
- **Intermédiaire d'assurance** : la société de courtage en assurances, ADLP Assurances, qui vous a présenté le Contrat AvoCotés Indemnités Blessures développée en collaboration avec les Assureurs. ADLP Assurances, SAS au capital de 7 068 588 €, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Bobigny sous le numéro 799 342 118, entreprise régie par le Code des assurances dont le siège social est sis 3 rue Henri Rol Tanguy 93100 Montreuil, immatriculée en tant que courtier à l'ORIAS sous le n°14001699 (www.orias.fr).
- **Souscripteur** : ADLP Assurances, qui a souscrit auprès des Assureurs le Contrat AvoCotés Indemnités Blessures pour permettre à ses clients ou à des prospects d'adhérer à une formule de prévoyance leur permettant de se protéger en cas de Blessure ou de Décès accidentels.
- **Brûlure** : une lésion des tissus provoquée par le contact avec un élément ayant une température élevée qui peut être solide, liquide ou incandescent, ou de l'exposition à des flammes.
 - Brûlure du 1er degré : une simple rougeur douloureuse de la peau.
 - Brûlure du 2e degré : donne lieu à l'apparition de phlyctènes.
 - Brûlure du 3e degré : une destruction totale de l'épiderme et du derme.
- **Fracture** : une lésion osseuse consistant en une rupture complète ou incomplète avec ou sans déplacement des fragments.
 - Fracture multi-fragmentaire : une lésion osseuse ayant plusieurs sièges sur un même os, à l'exclusion des tassements vertébraux.
 - Fracture ouverte : une lésion osseuse dont le foyer communique avec l'extérieur.

- **Luxation** : un déplacement permanent de deux surfaces articulaires qui ont perdu plus ou moins complètement les rapports qu'elles affectent normalement l'une avec l'autre.
- **Amputation** : l'ablation d'une extrémité du corps suite à un traumatisme ou un acte chirurgical.

II - ADHESION AU CONTRAT

ARTICLE 4 - CONDITIONS D'ADHESION

L'adhésion au Contrat AvoCotés Indemnités Blessures est réservée aux personnes physiques domiciliées en France métropolitaine et âgées, au jour de l'adhésion, de 18 ans à 80 ans inclus.

L'âge est calculé par différence de millésime entre l'année d'adhésion et l'année de naissance.

L'Adhérent ne peut adhérer au Contrat AvoCotés Indemnités Blessures s'il est placé sous un régime de tutelle ou de curatelle au jour de l'adhésion.

L'Adhérent peut, selon sa situation et les besoins exprimés auprès de son Intermédiaire d'assurance, adhérer à la formule d'assurance "solo" ou à la formule d'assurance "couple/famille".

Dans le cadre de la formule "couple/famille", seuls peuvent être assurés les Conjoints âgés de 18 à 80 ans inclus au jour de l'adhésion.

L'Assuré ne peut pas être garanti simultanément par plusieurs adhésions au Contrat AvoCotés Indemnités Blessures. Si cela était, l'engagement des Assureurs serait en tout état de cause limité à la première adhésion.

ARTICLE 5 - DATE DE CONCLUSION ET DATE D'EFFET

Date de conclusion

La date de conclusion de l'adhésion au Contrat AvoCotés Indemnités Blessures ne peut être antérieure à la réception par l'Adhérent des présentes Conditions Générales.

• Si l'Adhérent a reçu les présentes Conditions Générales préalablement à son adhésion (notamment en cas d'adhésion par mailing ou via site internet) : la date de conclusion de l'adhésion est la date de réception par le Souscripteur de la demande d'adhésion, dûment complétée.

• Si l'Adhérent n'a pas reçu les présentes Conditions Générales préalablement à son adhésion (notamment en cas d'adhésion orale lors d'une vente par téléphone, intervenue dans le cadre de l'article R112-4 2° du Code des Assurances) : la date de conclusion de l'adhésion est la date de réception par l'Adhérent des présentes Conditions Générales, cette dernière étant fixée sept (7) jours ouvrés après la date d'adhésion par téléphone.

La date de conclusion de l'adhésion est précisée dans le Certificat d'adhésion envoyé par le Souscripteur à l'Adhérent pour confirmer son adhésion au Contrat AvoCotés Indemnités Blessures.

Date d'effet

En adhérant au Contrat AvoCotés Indemnités Blessures, l'Adhérent accepte que le contrat et les garanties prennent effet, sous réserve de l'encaissement effectif de la cotisation, à compter de la date de conclusion de l'adhésion.

Toutefois, dans le cas d'une offre promotionnelle, les garanties prennent effet dès la conclusion du contrat et la prime sera prélevée à l'issue de la période promotionnelle qui suit la date de conclusion du contrat, période pendant laquelle la cotisation n'est pas due par l'Adhérent.

Durée de l'adhésion au Contrat AvoCotés Indemnités Blessures

L'adhésion au Contrat est conclue pour une durée initiale de douze (12) mois à compter de sa date de conclusion.

La date anniversaire correspond au jour et au mois de la date de conclusion.

Sauf en cas de résiliation, l'adhésion au Contrat se renouvellera ensuite par tacite reconduction, pour des périodes successives de douze (12) mois, sans intervention de la part de l'Adhérent ni des Assureurs.

Événements pouvant mettre un terme à l'adhésion au Contrat AvoCotés Indemnités Blessures

L'adhésion au Contrat prend fin dans les cas ci-après :

- Décès de l'Adhérent : à la date dudit décès.
- Dénonciation de l'adhésion par l'Adhérent : l'Adhérent peut dénoncer son adhésion, à tout moment au-delà de la 1ère année d'adhésion, par lettre recommandée avec accusé de réception envoyée à ADLP Assurances 3 avenue de Chartres 60 507 Chantilly Cedex. La dénonciation prend effet au début du mois qui suit la date de réception de ladite lettre par l'Intermédiaire d'assurances.
- Résiliation de l'adhésion par l'Adhérent en cas de modification du Contrat

d'assurance de groupe : L'Adhérent sera informé par simple courrier des éventuelles modifications du Contrat au moins trois (3) mois avant leur entrée en vigueur. Si l'Adhérent ne souhaite pas poursuivre son adhésion suite à une modification du fait des Assureurs, il peut en demander la résiliation dans un délai de trente (30) jours suivant la connaissance de l'événement. La résiliation prend effet au début du mois qui suit la réception de la demande par l'Intermédiaire d'assurance.

- Résiliation de l'adhésion par l'Assureur et/ou par le Souscripteur du Contrat d'Assurance de Groupe : L'Assureur et/ou le Souscripteur peuvent résilier l'adhésion en cas de résiliation du contrat de groupe souscrit par le Souscripteur auprès de l'Assureur, par lettre recommandée avec accusé de réception sous réserve de respecter un préavis de 6 mois avant l'échéance annuelle fixée au 31 décembre.
- Non-paiement des cotisations : dans les conditions prévues à l'article 8.
- En cas de retrait de l'agrément des Assureurs, de plein droit.

La cessation de l'adhésion au Contrat AvoCotés Indemnités Blessures, pour quel que cas que ce soit, entraîne la fin des garanties. Aucune cotisation n'est restituée à l'Adhérent.

III - PAIEMENT DES COTISATIONS

ARTICLE 6 - MONTANT DE LA COTISATION

Le montant de la cotisation est fonction du montant du capital choisi et de la formule d'assurance retenue ; Il est rappelé dans le Certificat d'adhésion en cas d'adhésion par téléphone et sur le bulletin d'adhésion en cas d'adhésion par courrier.

Cette cotisation est fixe pendant toute la durée de l'adhésion.

ARTICLE 7 - MODALITÉS DE RÈGLEMENT DES COTISATIONS

Durée et périodicité de paiement

Les cotisations sont dues chaque mois pendant toute la durée du Contrat.

La première cotisation est prélevée le 1er jour du mois suivant la date de conclusion de l'adhésion.

Par dérogation à ce qui précède, dans le cas d'une offre promotionnelle sur le Contrat Indemnités Blessures, la première cotisation est prélevée à l'issue de la période promotionnelle qui suit la date de conclusion de l'adhésion, période pendant laquelle la cotisation n'est pas due par l'Adhérent.

Modes de paiement

Le mode de paiement est proposé lors de l'adhésion et rappelé dans le Certificat d'adhésion ou le bulletin d'adhésion.

Le règlement en espèces ou par chèque de banque n'est pas autorisé.

ARTICLE 8 - CONSÉQUENCES DU NON-PAIEMENT DES COTISATIONS

Conformément à l'article L 141-3 du Code des assurances, à défaut de paiement d'une cotisation dans les dix (10) jours suivant son échéance, il est adressé à l'adhérent une lettre recommandée l'informant qu'à l'expiration d'un délai de quarante (40) jours à dater de l'envoi de cette lettre, le défaut de paiement de la cotisation venue à échéance entraîne la résiliation des garanties.

IV - GARANTIES PROPOSÉES AU TITRE DU CONTRAT

L'Adhérent choisit les Assurés (formule "Solo" ou "Couple/Famille") et les montants de garanties à l'adhésion parmi ceux proposés et conseillés par son Intermédiaire d'assurance.

ARTICLE 9 - GARANTIE "BLESSURE ACCIDENTELLE"

Assurés au titre de la garantie blessure

Peuvent être assurés l'Adhérent et, dans le cadre de la formule d'assurance "couple/famille" son Conjoint désigné et leurs Enfants.

Territorialité de la garantie

La garantie est valable quel que soit le lieu où se situe l'Assuré lors de la survenance de l'Accident.

Événements couverts

La Blessure correspond, dans la limite des cas définis dans le barème des indemnités (présenté en annexe 1), à toute atteinte corporelle non intentionnelle sur la personne de l'Assuré, déclarée et constatée au plus tard dans un délai de trente (30) jours calendaires à compter de la survenance de l'accident.

La réapparition, l'aggravation d'une Blessure ou l'apparition d'une nouvelle Blessure, dans les cent vingt (120) jours calendaires qui suivent un Accident, n'ouvre pas droit à une nouvelle indemnité, dès lors que les blessures se rattachent à un seul et même Accident.

Montant de l'indemnité

En cas de survenance d'une Blessure garantie au titre du contrat, les Assureurs versent une indemnité forfaitaire dont le montant est déterminé conformément au barème des indemnités (présenté en annexe 1) et au niveau de garantie choisi.

Cas particuliers de limitation concernant la garantie "blessure accidentelle" :

Le montant de l'indemnité forfaitaire versée par les Assureurs est divisé par

deux :

- lorsque l'Assuré victime de l'Accident est âgé d'au moins 85 ans au jour de la survenance de l'Accident ;
- lorsque l'Assuré est un Enfant au sens des présentes conditions générales.

Lorsqu'un même Accident entraîne plusieurs Blessures énumérées dans le présent barème, AUXIA verse le cumul des indemnités dans la limite de deux fois le niveau maximum d'indemnité forfaitaire choisi.

Modalité de déclaration de la Blessure

Afin de constituer le dossier d'indemnisation, un formulaire intitulé "demande d'indemnisation" doit être envoyé au Service Indemnisations Accidents complété, dans un délai de trente (30) jours suivant l'Accident.

Un exemplaire de ce formulaire peut être transmis sur simple demande auprès des services d'AUXIA en appelant au 01 83 77 06 31 ou en téléchargement sur le site www.avocotes.com à la rubrique "Nous contacter".

Lorsque l'Assuré prouve qu'un cas de force majeure empêchait toute déclaration, le point de départ du délai correspond à la date à laquelle l'assuré est en capacité de faire la déclaration.

Déchéance du droit à indemnisation

Nous attirons l'attention sur le fait que la déclaration tardive entraîne la déchéance du droit à l'indemnité forfaitaire et à la garantie d'assistance, prévues en cas de Blessure accidentelle.

Modalités d'examen de l'état de santé de l'Assuré après la survenance de la Blessure

L'Assuré communique au Service Indemnisations Accidents l'ensemble des pièces, notamment médicales, nécessaires à l'examen de sa situation. Pour préserver la confidentialité des informations à caractère médical, le volet 2 de la demande d'indemnisation, accompagné de l'ensemble des justificatifs de la situation médicale de l'Assuré, est joint dans une enveloppe fournie par AUXIA marquée "confidentiel médical" ou, sous pli scellé et marqué "confidentiel médical".

Le volet d'indemnisation, accompagné de l'enveloppe marquée "confidentiel médical", est transmis à l'adresse suivante :

AUXIA - Service Indemnisation
2200 - TSA 10001
78075 SAINT QUENTIN YVELINES CEDEX.

Le service Médecine Conseil est organisé pour garantir la confidentialité des données de santé et ne communique aux services administratifs d'AUXIA et d'AUXIA Assistance, aucun détail sur l'état de santé de l'Assuré.

Ces pièces à communiquer sont les suivantes :

- le formulaire de "demande d'indemnisation" intégralement rempli, signé et daté par l'Assuré et par son médecin traitant ;
- les documents médicaux précisés dans la demande d'indemnisation ;
- la copie recto/verso de la carte nationale d'identité en vigueur de l'Assuré ou des 3e et 4e pages de son passeport en cours de validité ;
- tout document attestant de la qualité d'Assuré au contrat.

L'Assuré peut se faire assister du médecin de son choix pour constituer son dossier d'indemnisation.

La prise en charge de l'indemnité forfaitaire est subordonnée à l'accord du Médecin Conseil Chef.

À ce titre, le Médecin Conseil Chef d'AUXIA évalue la Blessure et peut demander des pièces complémentaires. Le Médecin Conseil Chef a la possibilité de faire vérifier l'état de santé par le médecin de son choix et/ou de faire pratiquer les examens médicaux et/ou de demander les pièces complémentaires qu'il jugera nécessaires.

Tout refus de se soumettre à l'analyse de la situation médicale ferait perdre à l'Assuré ses droits à l'indemnisation forfaitaire.

Dans le cas où l'Assuré serait en désaccord avec la décision du Médecin Conseil Chef, il pourra être procédé, sur demande écrite de l'Assuré, à la désignation d'un médecin expert ayant pour mission de départager les parties.

Ce médecin sera choisi sur la liste des experts auprès des Tribunaux. À défaut d'entente sur ce choix, l'expert sera désigné par le Tribunal de Grande Instance du domicile de l'Assuré qui statuera sur la requête d'une des parties.

Les honoraires et frais relatifs à l'intervention de cet expert seront supportés à charges égales par les deux parties, celles-ci s'interdisant d'avoir recours à la voie judiciaire tant que l'expertise n'aura pas eu lieu.

Délai de règlement

Le règlement de l'indemnité forfaitaire prévue au titre de la garantie "Blessure Accidentelle" est effectué dans les quinze (15) jours ouvrés (délais postaux non compris) après la réception, par les services des Assureurs, de l'accord du Médecin Conseil Chef.

L'Assuré communique à AUXIA, les coordonnées bancaires (RIB / IBAN) d'un compte ouvert à son nom pour le paiement de l'indemnité forfaitaire.

ARTICLE 10 - GARANTIE D'ASSISTANCE EN CAS DE BLESSURE ACCIDENTELLE

Assurés

Peuvent être assurés l'Adhérent et, dans le cadre de la formule d'assurance "couple/

famille” son Conjoint et ses Enfants.

Territorialité de la garantie d'assistance

La garantie assistance s'applique si l'Accident survient en France métropolitaine.

Procédure à respecter pour demander la mise en œuvre de la garantie d'assistance

La garantie d'assistance sera mise en œuvre à la réception du formulaire de “demande d'indemnisation”.

À cet effet, l'Assuré communique un numéro de téléphone pour que les services des Assureurs le contactent afin de déterminer et d'organiser le service souhaité conformément à ce qui suit.

Limites au déclenchement de la garantie d'assistance

Cette garantie peut être demandée dans la limite d'une fois par personne assurée au cours des 12 mois qui suivent une demande d'indemnisation.

Description de la garantie d'assistance

En fonction de sa situation et de ses besoins, l'Assuré qui demande la mise en œuvre de l'assistance choisit un seul et unique service, parmi les quatre services proposés ci-après :

SERVICE PROPOSÉ	AIDE À LA VIE QUOTIDIENNE	AUXILIAIRE DE VIE	LIVRAISON DE REPAS	SOUTIEN PÉDAGOGIQUE	GARDE DES ANIMAUX
Maximum de la prestation	8 heures	8 heures	10 repas livrés	5 heures	Avec transports de l'animal dans un rayon de 50 km : 4 jours consécutifs Sans transport : 8 jours consécutifs
Minimum imposé par intervention	2 heures	2 heures	5 repas par livraison	1 heures	1 journée
Description du service	<ul style="list-style-type: none"> - l'entretien courant du logement ; - le repassage, la préparation des repas ; - les petites courses quotidiennes ; - l'accompagnement au bras pour les rendez-vous à proximité du domicile de l'assuré ; - l'aide dans les tâches administratives courantes. 	<ul style="list-style-type: none"> - l'accompagnement de l'Assuré dans les actes de la vie courante (toilette, habillement). 	<ul style="list-style-type: none"> - la préparation et la livraison des repas. La livraison est effectuée au domicile de l'Assuré. 	<p>Ce service peut être mis en œuvre pendant l'année scolaire en cours pour les enfants inscrits dans un établissement d'enseignement primaire ou secondaire.</p> <p>L'intervenant pourra se mettre en rapport avec l'établissement fréquenté afin d'évaluer avec les enseignants de l'enfant le programme à étudier.</p>	<p>Organisation, prise en charge et transfert des animaux domestiques (chiens, chats) dans un établissement de garde proche du domicile de l'assuré.</p>
limites spécifiques applicables au service			<p>Les délais de mise en œuvre de ce service sont en moyenne de 4 jours ouvrés mais peuvent varier selon les disponibilités locales.</p> <p>Pour la préparation des repas, il ne saurait être tenu compte de considérations personnelles (notamment relatives au mode de vie, aux croyances, préférences).</p> <p>Toutefois, les repas fournis peuvent être établis de manière à tenir compte, sous réserve des disponibilités locales, des contraintes de santé de l'Assuré (régime sans sucre, sans sel, ...).</p>	<p>L'Assuré est âgé de moins de 16 ans à la date du déclenchement de l'assistance.</p> <p>L'enfant doit être scolarisé en primaire ou secondaire: prise en charge jusqu'à 3 heures maximum par jour ouvrable, hors vacances scolaires, jusqu'à la reprise des cours.</p> <p>Il s'agit de cours particuliers sur les matières principales : français, mathématiques, histoire-géographie, anglais donnés au domicile de l'enfant. La personne envoyée au domicile prendra et quittera ses fonctions en présence d'un parent.</p>	<p>Limité à un seul animal de compagnie par prestation.</p> <p>Les frais de transport sont pris en charge dans la limite de 50 km depuis le domicile de l'assuré.</p> <p>Animaux familiers (chiens ou chats uniquement) vivant habituellement au domicile de l'assuré et à sa charge.</p> <p>Les chiens de 1ère et 2ème catégorie (chiens d'attaque / chiens de garde et de défense) mentionnés dans l'arrêté du 27/04/99 pris en application de l'article L211-12 du Code rural sont exclus.</p> <p>La garantie Animaux domestiques ne peut être accordée que pour les chiens et les chats à jour de vaccination et identifiés (puçage, tatouage). À cet effet, il pourra être demandé le passeport européen et le carnet de santé de l'animal.</p>

Les services sont proposés sous réserve des disponibilités locales.

ARTICLE 11 - GARANTIE "DECES ACCIDENTEL"

Assuré

Seul l'Adhérent peut être assuré au titre de la garantie Décès accidentel.

Âge de cessation de la garantie Décès accidentel

La garantie "Décès accidentel" cesse l'année des 81 ans de l'Adhérent. L'âge est calculé par différence de millésime.

Désignation du Bénéficiaire

Au moment de son adhésion, l'Adhérent choisit son ou ses Bénéficiaire(s). Par défaut, la clause standard est rédigée comme suit :

"Mon conjoint survivant non séparé de corps judiciairement au moment du décès, à défaut mon partenaire auquel je suis lié par un Pacs, à défaut mon concubin notoire, à défaut par parts égales mes enfants nés ou à naître, à défaut de l'un décédé avant ou après l'adhésion pour sa part ses descendants, à défaut les survivants, à défaut mes héritiers".

Il peut à tout moment modifier la désignation des Bénéficiaires, lorsque celle-ci n'est plus appropriée, sous réserve d'informer le Souscripteur :

- par courrier envoyé à l'adresse suivante ADLP Assurances 3, avenue de Chartres 60 507 Chantilly Cedex.
- en appelant le 0974 750 175. L'Adhérent recevra un formulaire lui permettant de modifier la désignation des Bénéficiaires.

Montant du capital décès assuré

Le montant du capital assuré est défini à l'adhésion et rappelé dans le Certificat d'adhésion.

Cas particulier de limitation concernant la garantie "Décès accidentel"

Le décès ne peut être garanti au titre du présent contrat que s'il remplit les 2 conditions cumulatives suivantes :

- le décès est directement causé par un Accident ;
- le décès survient dans les douze (12) mois (maximum) suivant cet Accident.

Territorialité de la garantie Décès accidentel

La garantie est valable quel que soit le lieu où se situe l'Adhérent lors de la survenance de l'Accident entraînant le décès.

Modalités de paiement du capital décès

Le Bénéficiaire communique à AUXIA 2200 - TSA 10001 - 78075 SAINT QUENTIN YVELINES CEDEX l'ensemble des pièces nécessaires au paiement du capital décès :

- un extrait d'acte de décès au nom de l'Assuré ;
- toute pièce ou document attestant du caractère accidentel du décès ;
- toute pièce à caractère médical doit être envoyée dans l'enveloppe fournie par AUXIA ou, sous pli scellé et marqué "confidentiel médical" ;
- une copie de sa carte nationale d'identité (recto/verso) ou de son passeport (3e et 4e pages). Le document doit être en vigueur à la date de sa transmission ;
- toute pièce permettant, le cas échéant, de justifier du lien l'unissant à l'assuré décédé (certificat d'hérédité, copie intégrale du livret de famille...) ;
- les coordonnées bancaires (RIB / IBAN) d'un compte ouvert à son nom pour le paiement.

Le Bénéficiaire doit satisfaire, préalablement au paiement du capital décès, à l'ensemble des exigences réglementaires. À cet égard, les Assureurs peuvent exiger la production de toute pièce complémentaire prévue par un texte qui s'impose à eux.

Délais de règlement

Le règlement du capital décès est effectué dans les quinze (15) jours ouvrés (délais postaux non compris) suivant la remise des pièces justificatives par le(s) Bénéficiaire(s).

ARTICLE 12 - EXCLUSIONS COMMUNES À L'ENSEMBLE DES GARANTIES

Les garanties ne sont pas prises en charge par les Assureurs lorsque l'Accident résulte de l'une des circonstances suivantes :

- la tentative de suicide ;
- le décès ou les blessures qui résultent du fait volontaire de l'Assuré, d'un état de démence ou d'une rixe (sauf cas de légitime défense) ;
- la participation de l'Assuré à des crimes ou délits, actes de terrorisme ou sabotage ;
- une guerre civile ou étrangère, une insurrection, une émeute quel que soit le lieu où se déroulent les événements et quels que soient les protagonistes ;
- les effets directs ou indirects d'une modification de la structure du noyau atomique ;
- les effets directs ou indirects d'une explosion atomique ou des radiations ;
- un cataclysme ou une catastrophe naturelle ;
- le pilotage d'appareils de navigation aérienne, d'engins de course

terrestres ou nautiques, la manipulation d'engins ou d'armes de guerre et d'armes à feu ;

- l'usage de stupéfiants ou de substances hallucinogènes non médicalement prescrites, un état d'éthylisme avec un taux d'alcoolémie égal ou supérieur au seuil en vigueur au jour du sinistre fixé par le Code de la route ;
- l'exercice d'une activité ou d'un entraînement de sapeur-pompier volontaire ;
- la pratique de tout sport à titre professionnel ou de l'un des sports suivants : sports de combat (boxe, arts martiaux), plongée sous-marine avec scaphandre autonome, parachutisme.

Sont également exclues du bénéfice des garanties :

- les fractures dont serait victime un Assuré souffrant d'une ostéogénèse imparfaite (maladie des os de verre ou fragilité osseuse constitutionnelle), d'une anomalie de croissance (maladie d'Ollier, d'origine génétique), d'une anomalie osseuse de type cal, d'une hyper minéralisation osseuse, d'un cancer des os ou d'une ostéoporose ;
- les maladies de toute nature ;
- les brûlures de 2e et 3e degrés dues à une exposition au soleil ou à l'utilisation d'un appareil quelconque de bronzage artificiel.

Pour l'assistance en cas de blessure accidentelle :

♦ sont en particulier exclus :

- les frais engagés sans l'accord de l'Assureur ou non expressément prévus par les présentes Conditions Générales ;
- les frais non justifiés à l'Assureur par l'original des documents présentés ;
- les sinistres survenus avant la date de conclusion du présent Contrat ou après le terme de ce Contrat.

♦ les Assureurs ne peuvent être tenus pour responsable des manquements à l'exécution des prestations, résultant :

- de cas de force majeure, de guerre civile (quel que soit le lieu où se déroulent les événements et quels que soient les protagonistes), d'instabilité politique notoire, de mouvements populaires, d'émeutes, d'actes de terrorisme, de représailles ;
- de restrictions à la libre circulation des personnes et des biens, et ce quel qu'en soit le motif (notamment sanitaire, de sécurité, météorologique, limitation ou interdiction de trafic aéronautique, grèves, explosions, catastrophes naturelles, désintégration du noyau atomique), ni des retards dans l'exécution des prestations résultant des mêmes causes ;
- des recours à des services publics locaux ou à des intervenants auxquels ils ont l'obligation de recourir en vertu de la réglementation locale, ni des retards dans l'exécution des prestations résultant des mêmes causes ;
- de la non-disponibilité aérienne et des contraintes administratives, ni des retards dans l'exécution des prestations résultant des mêmes causes.

V - AUTRES DISPOSITIONS

L'organisme chargé du contrôle de l'Assureur est l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) située au 61 rue Taitbout - 75436 Paris cedex 09.

ARTICLE 13 - RÉTICENCE OU FAUSSE DÉCLARATION

Toute réticence ou fausse déclaration portant sur les éléments constitutifs du risque ou du sinistre connus de l'Adhérent ou de l'Assuré l'expose à la nullité des garanties (articles L 113-8 et L 113-9 du Code des assurances).

ARTICLE 14 - TRAITEMENT DES RÉCLAMATIONS ET DEMANDES CLIENTS

Une réclamation constitue une demande de mécontentement d'un client envers un professionnel pour les services auxquels il est engagé. Au contraire, toute demande de service ou de prestation, d'information, de clarification ou d'avis ne constitue pas une réclamation mais une simple demande client.

Pour toute réclamation relative à la conclusion ou la résiliation l'adhésion ou encore à la cotisation d'assurance, l'Adhérent peut adresser sa réclamation à ADLP Assurances par courrier au 3, avenue de Chartres 60 507 Chantilly Cedex ou par courriel à reclamation@adlp-assurances.fr. ADLP Assurances accusera réception de sa réclamation dans un délai de 10 jours et y répondra au maximum dans un délai de soixante (60) jours.

Si sa réponse ne satisfaisait pas ou s'il s'agit d'une réclamation relative à la mise en œuvre des garanties en cas d'Accident, nous vous invitons à vous adresser au service réclamation des Assureurs.

Service Réclamation des Assureurs :

1 – Votre Service Client

AUXIA a mis en place un service client accessible du lundi au vendredi de 09h00 à 18h00 et le samedi de 9h00 à 12h30 (hors jours fériés) :

- par téléphone : au 01 83 77 06 31

• **par courrier à :**

AUXIA - Direction du Service Client
TSA 10001
78075 SAINT QUENTIN YVELINES CEDEX

• **par mail :** à l'adresse info@auxia.com

Pour plus de rapidité dans le traitement de votre demande, n'oubliez pas de nous communiquer :

- vos noms, prénoms, votre adresse, les références de votre contrat, l'objet de votre démarche,
- un numéro de téléphone pour vous joindre le cas échéant.

Notre service client examine avec vous l'origine du problème et s'efforce de vous apporter une réponse dans les meilleurs délais. Lorsque la demande le nécessite, nous vous informons régulièrement de l'avancement du dossier.

2 – Votre Service Réclamation

Si la réponse apportée par notre Service Client ne vous satisfait pas entièrement, nous vous invitons à adresser une réclamation écrite à l'adresse suivante :

AUXIA - Service Réclamation
TSA 10001
78075 SAINT QUENTIN YVELINES CEDEX

Notre Service Réclamation prend en charge votre demande dans un délai de 4 jours ouvrés suivant la réception de votre courrier et vous informe régulièrement de l'avancement du dossier lorsque la complexité de la situation le nécessite.

3 – Votre Service Conciliation

Si la réponse apportée par notre Service Réclamation ne vous satisfait pas entièrement, nous vous invitons à adresser une demande écrite à l'adresse suivante :

AUXIA - Service Conciliation
TSA 10001
78075 SAINT QUENTIN YVELINES CEDEX

Notre Service Conciliation prend en charge votre demande dans un délai de 4 jours ouvrés suivant la réception de votre courrier et vous informe régulièrement de l'avancement du dossier lorsque la complexité de la situation le nécessite.

4 – Votre dispositif de médiation

Si la solution proposée ne vous convient pas et que vous restez en désaccord avec la réponse apportée par les services du Souscripteur et/ou de l'Assureur, il est possible à l'Adhérent de saisir le Médiateur de l'Association "La Médiation de l'Assurance".

Le Médiateur est une autorité indépendante et extérieure à la société d'assurance, qui examine et donne un avis sur le règlement des litiges liés au contrat d'assurance.

La demande doit être adressée à :

La Médiation de l'Assurance
TSA 50110
75441 PARIS CEDEX 09

Pour saisir le Médiateur, l'Adhérent peut se connecter sur : <http://www.mediation-assurance.org>. Les modalités de saisine du Médiateur peuvent aussi être consultées librement sur internet à l'adresse suivante www.auxia.com.

En application de l'article 2238 du Code civil, le recours à la médiation suspend le délai de prescription des actions. La suspension a pour effet d'arrêter temporairement le cours de la prescription, mais n'efface pas le délai ayant déjà couru (article 2230 du Code civil).

Le délai de prescription ne recommence à courir, pour une durée minimale de six (6) mois, qu'à compter de la date à laquelle la procédure de médiation est déclarée achevée.

ARTICLE 15 - PRESCRIPTION

Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

1. En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur 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.

Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier. La prescription est portée à dix (10) ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte de l'adhérent et, dans les contrats d'assurance contre les Accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé (article L 114-1 du Code des assurances).

Dans le cas où le bénéficiaire est mineur, ce délai ne commence à courir qu'à compter du jour où l'intéressé atteint sa majorité ou recouvre sa pleine capacité juridique.

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 de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité (article L. 114-2 du Code des assurances).

ARTICLE 16 - TRAITEMENT DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

Les Assureurs et ADLP Assurances sont responsables des traitements mis en œuvre à l'occasion de votre adhésion et de la gestion de votre adhésion au Contrat AvoCotés Indemnités Blessures. À ce titre, les informations recueillies sont indispensables pour l'enregistrement, la gestion et l'exécution du Contrat. Ces opérations sont réalisées dans le respect de mesures de sécurité adéquates à la préservation de leur confidentialité et de leur intégrité à l'égard de tiers non autorisés.

À défaut d'accord de votre part, l'adhésion au Contrat ne pourra pas se faire, et le Contrat ne sera pas mis en œuvre.

Les données à caractère médical sont uniquement destinées au Médecin Conseil Chef.

Les autres données à caractère personnel peuvent être utilisées par des personnes habilitées à des fins de contrôle interne et dans le cadre des dispositions légales concernant la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme.

Ces données, hors données à caractère médical, pourront, en raison de la sous-traitance partielle du traitement par le Souscripteur, faire l'objet d'un transfert vers un ou plusieurs prestataire(s) téléphoniques situés en dehors de l'Union Européenne pour la gestion des appels. Ce ou ces prestataire(s) se sont engagés contractuellement auprès du Souscripteur à garantir un niveau de sécurité, de confidentialité et de protection suffisant de la vie privée et des droits fondamentaux et sont ainsi liés par des conventions les engageant à respecter le même niveau de protection des données qu'en France.

Par ailleurs, l'Adhérent est informé que les conversations téléphoniques qu'il échangera avec le Souscripteur pour l'adhésion ou la gestion du Contrat pourront faire l'objet d'un enregistrement dans le cadre du suivi de la qualité des services de la formation des personnels mais surtout à titre de preuve de l'adhésion par téléphone telle que visée à l'Article 19. Dans le cadre du suivi de la qualité, les conversations enregistrées au titre de ce suivi sont conservées deux (2) mois à compter de leur enregistrement. L'Adhérent est libre de s'y opposer en manifestant son refus auprès de son interlocuteur.

Conformément à la loi Informatique et Libertés n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée par la loi du 6 août 2004, l'Assuré et l'Adhérent peuvent demander la communication, la rectification et, le cas échéant, la suppression de toute information le concernant qui figurerait dans tout fichier à l'usage de l'Intermédiaire d'assurance, des Assureurs, de leurs réassureurs et mandataires.

Le droit d'accès, de rectification et d'opposition peut être exercé :

- pour les documents relatifs aux sinistres, auprès de sgil@malakoffmederic.com ou Malakoff Médéric – Pôle Informatique et Libertés – 21 rue Laffitte – 75317 Paris cedex 9
- pour les documents qui ne sont pas relatifs aux sinistres, auprès de cil@adlp-assurances.fr ou par courrier adressé au ADLP ASSURANCES – CIL - 3, rue Henri Rol Tanguy 93100 Montreuil.

ARTICLE 17 - MODIFICATIONS

Modifications administratives

En cas de demande de modification de la clause bénéficiaire, l'Adhérent en informe immédiatement par écrit à l'adresse suivante : ADLP Assurances - 3, avenue de Chartres 60 507 Chantilly Cedex ou par téléphone au 0974 750 175 en adressant les justificatifs nécessaires (formulaire de modification des bénéficiaires).

Pour toute autre modification administrative (changement de domicile de l'Adhérent, d'état civil, de coordonnées bancaires) n'entraînant aucune modification de la cotisation, l'Adhérent en informe immédiatement par écrit à l'adresse suivante : ADLP Assurances- 3, avenue de Chartres 60 507 Chantilly Cedex en adressant les justificatifs nécessaires ou par téléphone au 09 74 750 175.

À défaut d'avoir avisé d'un changement de domicile, toutes les communications adressées au dernier domicile connu de l'Adhérent produiront tous leurs effets.

Modifications ayant un impact sur le montant des cotisations

L'Adhérent peut, à tout moment, demander à augmenter ou diminuer le niveau de capital garanti ou changer de formule d'assurance. Il adressera sa demande au Souscripteur :

- par écrit à l'adresse suivante : ADLP Assurances 3, avenue de Chartres 60 507 Chantilly Cedex en adressant les justificatifs nécessaires,
- par téléphone au 09 74 750 175 dans la mesure où l'Adhérent accepte que sa demande téléphonique soit enregistrée dans les conditions présentées à l'Article 19.

Elles feront l'objet d'un examen par l'Assureur sans engagement pour ce dernier d'accepter la demande. La modification sera constatée, le cas échéant, par un avenant signé par l'Adhérent.

La modification prendra effet, sous réserve de l'encaissement de la cotisation correspondante, à la date anniversaire mensuelle, qui suit la date de réception de la demande par le Souscripteur.

Modifications du contrat de groupe

En cas de modification du contrat de groupe, le Souscripteur informera l'Adhérent par simple courrier au moins trois (3) mois avant leur entrée en vigueur. Si l'Adhérent ne souhaite pas poursuivre le Contrat suite à une modification, il peut demander la résiliation de celui-ci dans un délai de trente (30) jours par lettre recommandée avec accusé de réception. La résiliation prend effet à la date anniversaire mensuelle qui suit la réception de cette lettre par le Souscripteur.

ARTICLE 18 - RENONCIATION

L'Adhèrent peut renoncer à son adhésion au Contrat AvoCotés Indemnités Blessures pendant trente (30) jours calendaires révolus à compter de la date de conclusion. La renonciation doit être envoyée par courrier à l'adresse suivante –ADLP Assurances 3, avenue de Chartres 60 507 Chantilly Cedex. Elle peut être faite suivant le modèle de lettre suivant :

“Je soussigné(e) (nom, prénom et adresse de l'adhérent), déclare renoncer à mon adhésion n°. au Contrat AvoCotés Indemnités Blessures et demande le remboursement de l'intégralité des cotisations versées. Fait à (lieu), le (date) et signature de l'adhérent”.

Toutefois, l'Adhèrent qui sollicite la mise en œuvre de l'une des garanties présentées à l'article IV des présentes, avant l'expiration de ce délai de renonciation, ne pourra plus prétendre à exercer ce droit.

ARTICLE 19 - ENREGISTREMENT VOCAL

Toute adhésion par téléphone fera l'objet d'un enregistrement vocal sous réserve

de l'accord de l'Adhèrent. En l'absence d'accord de l'Adhèrent, ADLP Assurances considérera qu'il n'y a pas eu d'adhésion par téléphone et proposera d'adresser un dossier d'adhésion par voie postale.

Par dérogation à l'article 1341 du Code Civil, **les enregistrements téléphoniques conservés par ADLP Assurances ou tout mandataire de son choix vaudront signature par l'Adhèrent et lui seront opposables ainsi qu'aux tiers, et pourront être admis comme preuves notamment de son identité et de son consentement.**

Par conséquent, les enregistrements vocaux pourront être utilisés dans le cadre de toute procédure judiciaire ou autre et seront bien entendu opposables entre les Parties.

ARTICLE 20 - LOI APPLICABLE-LANGUE UTILISEE

Les relations précontractuelles et contractuelles entre les Assureurs et l'Adhèrent sont régies par le droit français. Les Assureurs s'engagent à utiliser la langue française pendant toute la durée de l'adhésion.

ANNEXE 1 : BARÈME DES INDEMNITÉS EN CAS DE BLESSURES

Barème des indemnités Blessures						
Niveau des garanties	2000 €	3000 €	4000 €	6000 €	8000 €	12000 €
L'assuré reçoit une indemnité de						
Fractures						
A - Bassin/hanche et col du fémur						
- Fracture ouverte, multifragmentaire avec déplacement	2 000 €	3 000 €	4 000 €	6 000 €	8 000 €	12 000 €
- Toute autre fracture ouverte	1 500 €	2 250 €	3 000 €	4 500 €	6 000 €	9 000 €
- Fracture fermée, multifragmentaire, avec déplacement	1 000 €	1 500 €	2 000 €	3 000 €	4 000 €	6 000 €
- Toute autre fracture fermée	500 €	750 €	1 000 €	1 500 €	2 000 €	3 000 €
B - Crâne (avec coma supérieur à 48 heures) et cuisse (sauf col du fémur)						
- Fracture ouverte, multifragmentaire avec déplacement	2 000 €	3 000 €	4 000 €	6 000 €	8 000 €	12 000 €
- Toute autre fracture ouverte	1 000 €	1 500 €	2 000 €	3 000 €	4 000 €	6 000 €
- Fracture fermée, multifragmentaire, avec déplacement et toute autre fracture fermée	500 €	750 €	1 000 €	1 500 €	2 000 €	3 000 €
C - Épaule, bras, avant-bras, coude, poignet (quel que soit le nombre d'os concernés), jambe (tibia et/ou péroné), cheville (monomalléolaire ou bimalléolaire), talon						
- Fracture ouverte, multifragmentaire avec déplacement	1 000 €	1 500 €	2 000 €	3 000 €	4 000 €	6 000 €
- Toute autre fracture ouverte	500 €	750 €	1 000 €	1 500 €	2 000 €	3 000 €
- Fracture fermée, multifragmentaire, avec déplacement	375 €	563 €	750 €	1 125 €	1 500 €	2 250 €
- Toute autre fracture fermée	250 €	375 €	500 €	750 €	1 000 €	1 500 €
D - Main (sauf les doigts), pied (sauf les orteils), genou (rotule), sternum, omoplate, clavicule						
- Fracture ouverte (simple ou multifragmentaire)	350 €	525 €	700 €	1 050 €	1 400 €	2 100 €
- Fracture fermée (simple ou multifragmentaire)	250 €	375 €	500 €	750 €	1 000 €	1 500 €
E - Côte (jusqu'à 3 côtes), coccyx, nez, doigt, orteil						
- Fracture ouverte ou fermée (simple ou multifragmentaire) et toute autre fracture	250 €	375 €	500 €	750 €	1 000 €	1 500 €
F - Vertèbres						
- Fracture -tassement (simple ou multifragmentaire)	1 000 €	1 500 €	2 000 €	3 000 €	4 000 €	6 000 €
- Fracture d'une apophyse épineuse ou transverse (simple ou multifragmentaire)	1 500 €	2 250 €	3 000 €	4 500 €	6 000 €	9 000 €
- Toute autre fracture vertébrale	2 000 €	3 000 €	4 000 €	6 000 €	8 000 €	12 000 €
G - Maxillaire supérieur						
- Fracture ouverte ou fermée (simple ou multifragmentaire) et toute autre fracture	250 €	375 €	500 €	750 €	1 000 €	1 500 €
H - Maxillaire inférieur						
- Fracture ouverte, multifragmentaire, avec déplacement	350 €	525 €	700 €	1 050 €	1 400 €	2 100 €
- Fracture fermée, multifragmentaire, avec déplacement	250 €	375 €	500 €	750 €	1 000 €	1 500 €
- Toute autre fracture ouverte ou fermée	250 €	375 €	500 €	750 €	1 000 €	1 500 €

Barème des indemnités blessures						
Niveau des garanties	2000 €	3000 €	4000 €	6000 €	8000 €	12000 €
Brulures						
A - Brûlure du 3e degré des mains (50 % ou plus de la surface de l'une des mains)	2 000 €	3 000 €	4 000 €	6 000 €	8 000 €	12 000 €
B - Brûlure du 3e degré sauf les mains (15 % ou plus de la surface du corps)	2 000 €	3 000 €	4 000 €	6 000 €	8 000 €	12 000 €
C - Brûlure du 3e degré sauf les mains (minimum 4 % de la surface du corps, maximum 14 %)	1 000 €	1 500 €	2 000 €	3 000 €	4 000 €	6 000 €
D - Brûlure du 2nd degré (9 % ou plus de la surface du corps)	250 €	375 €	500 €	750 €	1 000 €	1 500 €
Luxations (objectivées par un examen radiographique)						
A - Colonne vertébrale	1 500 €	2 250 €	3 000 €	4 500 €	6 000 €	9 000 €
B - Hanche	1 500 €	2 250 €	3 000 €	4 500 €	6 000 €	9 000 €
C - Genou (sauf simple luxation de la rotule) et épaule	350 €	525 €	700 €	1 050 €	1 400 €	2 100 €
D - Maxillaire, clavicule, coude, poignet, doigt, rotule, cheville, orteil	250 €	375 €	500 €	750 €	1 000 €	1 500 €
Amputations						
A - Amputation membre(s) supérieur(s)						
- Bras	1 000 €	1 500 €	2 000 €	3 000 €	4 000 €	6 000 €
- Avant-bras	750 €	1 125 €	1 500 €	2 250 €	3 000 €	4 500 €
- Main	450 €	675 €	900 €	1 350 €	1 800 €	2 700 €
- Doigt (quel que soit le nombre de doigts amputés sur une même main en dehors pouce et index)	200 €	300 €	400 €	600 €	800 €	1 200 €
- Pouce et/ou Index	400 €	600 €	800 €	1 200 €	1 600 €	2 400 €
- Phalange (quel que soit le nombre de phalanges amputées sur une même main)	100 €	150 €	200 €	300 €	400 €	600 €
B - Amputation membre(s) inférieur(s)						
- Cuisse	1 000 €	1 500 €	2 000 €	3 000 €	4 000 €	6 000 €
- Jambe	750 €	1 125 €	1 500 €	2 250 €	3 000 €	4 500 €
- Pied	450 €	675 €	900 €	1 350 €	1 800 €	2 700 €
- Orteil (quel que soit le nombre d'orteils amputés sur un même pied)	200 €	300 €	400 €	600 €	800 €	1 200 €
- Phalange (quel que soit le nombre de phalanges amputées sur un même pied)	100 €	150 €	200 €	300 €	400 €	600 €
C - Section d'un tendon, d'un nerf ou d'une artère	75 €	113 €	150 €	225 €	300 €	450 €
Blessure des yeux (consécutif à un choc de l'oeil démontré)						
A - Perte totale et définitive de la vue des 2 yeux	2 000 €	3 000 €	4 000 €	6 000 €	8 000 €	12 000 €
B - Perte totale et définitive de la vue d'un oeil	1 000 €	1 500 €	2 000 €	3 000 €	4 000 €	6 000 €
C - Décollement de la rétine	350 €	525 €	700 €	1 050 €	1 400 €	2 100 €
D - Intervention chirurgicale ayant pour but de retirer de la chambre antérieure un élément étranger intra-oculaire	1 000 €	1 500 €	2 000 €	3 000 €	4 000 €	6 000 €
E - Intervention chirurgicale ayant pour but de retirer un élément infra-orbitaire	350 €	525 €	700 €	1 050 €	1 400 €	2 100 €
F - Suture d'une plaie conjonctivale	125 €	188 €	250 €	375 €	500 €	750 €
Divers						
Blessure interne demandant une intervention chirurgicale abdominale ou thoracique	350 €	525 €	700 €	1 050 €	1 400 €	2 100 €
Hémorragie intracrânienne sans coma ou avec coma inférieur à 48h	500 €	750 €	1 000 €	1 500 €	2 000 €	3 000 €
Hémorragie intracrânienne avec coma supérieur à 48h	1 000 €	1 500 €	2 000 €	3 000 €	4 000 €	6 000 €
Rupture coiffe des rotateurs partielle de l'épaule avec chirurgie	500 €	750 €	1 000 €	1 500 €	2 000 €	3 000 €
Rupture coiffe des rotateurs complète de l'épaule avec chirurgie	700 €	1 050 €	1 400 €	2 100 €	2 800 €	4 200 €
Rupture coiffe rotateurs de l'épaule avec atteinte plexus brachial	1 000 €	1 500 €	2 000 €	3 000 €	4 000 €	6 000 €
Déchirure et rupture musculaire et/ou tendineuse	500 €	750 €	1 000 €	1 500 €	2 000 €	3 000 €
Fractures de plus de 3 côtes consécutives (volet costal) avec atteinte pleurale	1 000 €	1 500 €	2 000 €	3 000 €	4 000 €	6 000 €
Fractures de plus de 3 côtes consécutives (volet costal) sans atteinte pleurale	700 €	1 050 €	1 400 €	2 100 €	2 800 €	4 200 €

Barème des indemnités blessures						
Niveau des garanties	2000 €	3000 €	4000 €	6000 €	8000 €	12000 €
Fractures de plus de 3 côtes non consécutives	500 €	750 €	1 000 €	1 500 €	2 000 €	3 000 €
Plaie profonde	100 €	150 €	200 €	300 €	400 €	600 €
Hématome nécessitant une évacuation chirurgicale	100 €	150 €	200 €	300 €	400 €	600 €

Lorsqu'un même Accident entraîne plusieurs blessures énumérées dans le présent barème, AUXIA verse le cumul des indemnités **dans la limite de deux fois le niveau maximum d'indemnité forfaitaire souscrit.**

Uniquement dans le cas d'une Blessure accidentelle :

Les garanties sont réduites de moitié :

- à partir de l'année du 85e anniversaire de l'Assuré ;
- en cas d'adhésion à l'assurance "couple/famille", pour les Enfants assurés.