

CONDITIONS GÉNÉRALES

MyMacir Voyage

Codification : 1.1.11

18.1.11



ISO 9001
BUREAU VERITAS
Certification



SOMMAIRE

CHAPITRE I - DISPOSITIONS COMMUNES

Article 1 • DÉFINITIONS	5
Article 2 • OBJET DU CONTRAT	5
Article 3 • ÉTENDUE DE LA GARANTIE ET TERRITORIALITÉ	5
Article 4 • SUBROGATION	6
Article 5 • COMPÉTENCE	6
Article 6 • PRESCRIPTION	6
Article 7 • ENTRÉE EN VIGUEUR	6
Article 8 • DURÉE DU CONTRAT	6
Article 9 • RÉSILIATION	7
Article 10 • DÉCLARATION DU RISQUE	7
Article 11 • PAIEMENT ET DÉFAUT DE PAIEMENT DES PRIMES	8

CHAPITRE II - GARANTIE DE BASE « PRÉVOYANCE ACCIDENT » Code 1.1.11

Article 12 • OBJET DE LA GARANTIE	8
Article 13 • RISQUES COUVERTS	8
Article 14 • EXCLUSIONS	9
Article 15 • LIMITATION DE LA GARANTIE	9
Article 16 • RISQUES ET PRESTATIONS GARANTIS	9
Article 17 • OBLIGATIONS EN CAS DE SINISTRE	10

SOMMAIRE

Article 18 • RÈGLEMENT DES INDEMNITÉS	10
Article 19 • EFFET DU CONTRAT VIS-À-VIS DU BÉNÉFICIAIRE	11
Article 20 • BARÈME DE L'INVALIDITÉ	11
CHAPITRE III - GARANTIES COMPLÉMENTAIRES « ASSISTANCE AUX PERSONNES » Code 18.1.11	
Article 21 • DESCRIPTION DES GARANTIES « ASSISTANCE »	13
Article 22 • EXCLUSIONS RELATIVES AUX GARANTIES « ASSISTANCE »	15
Article 23 • DÉCLARATION DE SINISTRE	17
Article 24 • PROCÉDURE DE PRISE EN CHARGE EN CAS DE SINISTRE	17

CONDITIONS GÉNÉRALES

Le présent contrat est régi par l'ordonnance n° 95-07 du 25 janvier 1995, relative aux assurances, modifiée et complétée par la loi n° 06-04 du 20 février 2006, ainsi que par les Conditions Générales et Particulières qui suivent.

CHAPITRE I - DISPOSITIONS COMMUNES

Article 1 DÉFINITIONS

À l'effet de cette police sont définis les points suivants :

Police : Document contenant les Conditions Générales de ce contrat et les Conditions Particulières permettant l'identification du risque, ainsi que les modifications pendant la validité du contrat.

Assureur : Société d'assurance de personnes Macir Vie, émettrice de la police directe qui en tant qu'assureur et moyennant l'encaissement de la prime, prend en charge les risques qui font l'objet du contrat dans les conditions de la police.

Exécuteur des prestations complémentaires assistance : SWAN Assistance est l'exécuteur exclusif des services d'assistance aux personnes garanties dans la présente police par un accord et mandat de l'assureur. Par conséquent, il est impératif de s'adresser dans tous les cas au dit exécuteur pour la prestation ou l'organisation des services d'assistance garantis par la présente police.

Preneur de l'assurance (ou souscripteur) : Personne physique ou morale qui signe le contrat et paie la prime.

Assuré : Personne titulaire exposée au risque, son conjoint, ses enfants et ascendants directs, résidents en Algérie. L'assuré peut être également le souscripteur du présent contrat.

Franchise : Part du dommage restant à la charge de l'assuré (ou du bénéficiaire).

Sinistre : Le fait ou les faits conséquents aux dommages couverts par cette police.

L'ensemble des dommages issus d'un même évènement constituant un seul sinistre.

Accident : Toute atteinte corporelle non intentionnelle, soudaine et provenant d'une cause extérieure, indépendamment du fait de l'assuré (ou du souscripteur).

Article 2 OBJET DU CONTRAT

En vertu du présent contrat, l'assureur s'engage à garantir l'assuré contre les risques suivants :

GARANTIE DE BASE « PRÉVOYANCE ACCIDENT » CODE 1.1.11

L'assureur garantit conformément à l'article 67 de l'ordonnance n° 95-07 du 25 janvier 1995 relative aux assurances, modifiée et complétée par la loi n° 06-04 du 20 février 2006, dans les limites stipulées aux Conditions Particulières, le paiement des indemnités fixées par les parties contractantes, dans le cas où l'assuré serait victime d'accidents corporels tant au cours de sa vie professionnelle qu'en dehors de celle-ci.

GARANTIES COMPLÉMENTAIRES « ASSISTANCE VOYAGE » CODE 18.1.11

L'assureur garantit la mise à disposition d'une aide matérielle immédiate pour l'assuré, sous forme de prestations économiques ou de services, quand l'assuré rencontre des difficultés étant la conséquence d'un évènement fortuit, et ce, conformément aux conditions fixées dans la police.

Les Conditions Particulières de la police détermineront l'étendue et les limites matérielles de la couverture. Les indemnités issues des prestations mentionnées dans la police auront, dans tous les cas, un caractère complémentaire à celles que l'assuré aura acquies par toute autre assurance ou tout autre organisme pour les mêmes risques.

Article 3 ÉTENDUE DE LA GARANTIE ET TERRITORIALITÉ

La garantie est étendue au monde entier pour les indemnités dues en cas de décès accidentel, d'incapacité permanente partielle ou totale, d'hospitalisation, d'incapacité temporaire, des frais médicaux, pharmaceutiques et d'assistance dans la mesure où ces prestations sont prévues au contrat. Toutefois, pour les séjours à l'étranger, la garantie n'est acquise que pour les séjours n'excédant pas quarante-cinq (45) jours par voyage. Cependant cette durée pourra être étendue à quatre vingt dix (90) jours selon l'option choisie par l'assuré. Au-delà de ce délai, l'assuré est tenu d'aviser l'assureur qui pourra subordonner le maintien de la garantie au paiement d'une surprime.

Dans tous les cas, les indemnités fixées au titre de la garantie de base (Prévoyance Accident) sont toujours payées en Algérie et en Dinars algériens.

Article 4 SUBROGATION

En vertu de l'article 38 de l'ordonnance n° 95-07 du 25 janvier 1995 relative aux assurances, l'assureur est subrogé dans les droits et actions de l'assuré contre les tiers responsables, à concurrence de l'indemnité payée à celui-ci au titre des garanties, frais pharmaceutiques, médicaux, d'hospitalisation, chirurgicaux, prothèses et des garanties complémentaires assistance.

Tout recours intenté doit profiter à l'assuré jusqu'à l'indemnisation intégrale, compte tenu des responsabilités encourues.

Dans le cas où l'assuré a, par son propre fait rendu impossible le recours contre le tiers responsable, l'assureur peut être déchargé de tout ou partie de sa garantie envers l'assuré.

L'assureur ne peut exercer aucun recours contre les parents et alliés en ligne directe, les préposés de l'assuré et toutes les personnes vivant habituellement avec l'assuré, sauf le cas de malveillance commise par ces personnes.

Article 5 COMPÉTENCE

En cas de contestation relative à la fixation et au règlement des indemnités dues, le défendeur, qu'il soit assureur ou assuré est assigné devant le tribunal du domicile de l'assuré quelle que soit l'assurance souscrite (Article 26 - alinéa 1 de l'ordonnance n° 95-07 du 25 janvier 1995, à l'exception des cas visés aux alinéas 2, 3 et 4 du dit article, modifiée et complétée par la loi n° 06-04 du 20 février 2006).

Article 6 PRESCRIPTION

Le délai de prescription pour toutes actions de l'assuré ou de l'assureur nées du contrat d'assurance est de trois (03) années, à partir de l'évènement qui lui donne naissance (Article 27 alinéas 2, 3 et 4 de l'ordonnance n° 95-07 du 25 janvier 1995, modifiée et complétée par la loi n° 06-04 du 20 février 2006). Toutefois, ce délai ne court :

- En cas de réticence ou de déclaration fautive ou inexacte sur le risque assuré, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;
- En cas de survenance de sinistre que du jour où les intéressés en ont eu connaissance.

Dans le cas où l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, la prescription ne court qu'à compter du jour où le tiers a porté l'affaire devant le tribunal contre l'assuré ou a été indemnisé par celui-ci.

La durée de la prescription ne peut être interrompue que dans les cas prévus par l'article 28 de l'ordonnance n° 95-07 du 25 janvier 1995, modifiée et complétée par la loi n° 06-04 du 20 février 2006.

Article 7 ENTRÉE EN VIGUEUR

Le présent contrat est parfait dès sa signature par les parties, mais il ne produira ses effets qu'aux dates et heures fixées aux Conditions Particulières ou à défaut, le lendemain à midi du jour où la première prime aura été payée à l'assureur.

Les mêmes conditions s'appliquent à tout avenant au contrat.

Article 8 DURÉE DU CONTRAT

La durée du présent contrat est fixée aux Conditions Particulières. Les deux parties peuvent, nonobstant toute clause contraire, résilier le contrat sans indemnité, chaque année à la date d'échéance annuelle de la prime, moyennant un préavis de trois (03) mois au moins si la durée du contrat est supérieure à trois (03) ans (Article 10 de l'ordonnance n° 95-07 du 25 janvier 1995 modifiée et complétée par la loi n° 06-04 du 20 février 2006).

La notification de résiliation peut être notifiée à l'assureur au moyen d'une déclaration faite à ses bureaux contre récépissé.

Article 9 RÉSILIATION

Le contrat peut être résilié dans les cas et conditions fixés ci-après :

a) Par l'assuré ou l'assureur

- À chaque échéance annuelle.

b) Par l'assureur

- En cas de non paiement des primes par l'assuré ;
- En cas d'aggravation du risque ;
- En cas d'omission ou d'inexactitude dans la déclaration du risque à la souscription du contrat ou en cours du contrat ;
- En cas de faillite ou de règlement judiciaire de l'assuré après sinistre.

c) Par le souscripteur ou l'assuré

- En cas de disparition, de circonstances aggravantes mentionnées dans le contrat, si l'assureur refuse de réduire la prime (Article 18 alinéa 5 de l'ordonnance n° 95-07 du 25 janvier 1995, modifiée et complétée par la loi n° 06-04 du 20 février 2006) ;
- En cas de non obtention de visa auprès des services consulaires étrangers ou d'annulation de voyage ;
- En cas de résiliation par l'assureur d'un autre contrat après sinistre.

d) Par la masse des créanciers de l'assuré

- En cas de faillite ou de règlement judiciaire de l'assuré.

e) De plein droit

- Par le décès de l'assuré ;
- Par le paiement de l'indemnité pour infirmité ;
- À la date au cours de laquelle l'assuré a atteint l'âge de 70 ans ;
- En cas de retrait d'agrément de l'assureur ;

La résiliation par l'assureur doit être notifiée par lettre recommandée, adressée au dernier domicile connu de l'assuré ;

Celle de l'assuré peut être effectuée soit par une déclaration au siège social ou à l'agence où le contrat a été souscrit contre récépissé, soit par lettre recommandée avec accusé de réception.

Article 10 DÉCLARATION DU RISQUE

1) À la souscription

Le souscripteur doit répondre loyalement et avec précision à toutes les questions consignées dans le formulaire de déclaration du risque par lequel l'assureur l'interroge et doit déclarer tous les risques qu'il prend à sa charge et notamment ceux visés aux Conditions Particulières.

(Article 15 alinéa 1 de l'ordonnance n° 95-07 du 25 janvier 1995 relative aux assurances, modifiée et complétée par la loi n° 06-04 du 20 février 2006).

2) En cours de contrat

Le souscripteur doit déclarer les circonstances nouvelles intervenues au cours du contrat en répondant aux questions mentionnées sur la déclaration. Il doit, par lettre recommandée, déclarer ces circonstances nouvelles à l'assureur dans un délai de sept (7) jours à partir du moment où il en a eu connaissance (Article 15 alinéa 3 de l'ordonnance n° 95-07 du 25 janvier 1995 relative aux assurances, modifiée et complétée par la loi n° 06-04 du 20 février 2006).

Lorsque cette modification constitue une aggravation, la déclaration doit être sous peine de sanctions prévues ci-après, et l'assureur peut demander une modification du taux de prime. Lorsque l'assuré refuse cette proposition, l'assureur a le droit de résilier le contrat trente (30) jours à compter de la date de notification faite à l'assuré par lettre recommandée avec accusé de réception (Article 18 alinéa 3 de l'ordonnance n° 95-07 du 25 janvier 1995 relative aux assurances, modifiée et complétée par la loi n° 06-04 du 20 février 2006).

On entend par aggravation du risque :

- Tout changement de profession ou de spécialisation de nature à aggraver le risque professionnel du fait de la manipulation de façon régulière de produits dangereux et/ou utilisation d'outils dangereux ;
- Toute atteinte d'infirmité, maladie grave, cécité, aliénation mentale, paralysie partielle ou totale d'un membre ;

- Épilepsie ;
- Pratique de tout sport énumérée à l'article 21 des présentes Conditions Générales sans information préalable à l'assureur.

3) Sanctions

Toute réticence, fausse déclaration intentionnelle, dans la déclaration des circonstances ou des aggravations visées respectivement aux alinéas 1 et 2 du présent article est sanctionnée, même si elle a été sans influence sur le sinistre (Article 21 de l'ordonnance n° 95-07 du 25 janvier 1995 relative aux assurances, modifiée et complétée par la loi n° 06-04 du 20 février 2006).

En cas de mauvaise foi du souscripteur, par la nullité du contrat. Lorsque la constatation de la fausse déclaration a lieu après sinistre, l'assureur est en droit de réduire l'indemnité en proportion du taux de prime payé rapporté au taux de prime qui aurait été dû s'il n'y avait pas eu de réticence ou de fausse déclaration.

Article 11 PAIEMENT ET DÉFAUT DE PAIEMENT DES PRIMES

Le présent contrat n'est valide qu'à partir du paiement de la prime totale fixée aux Conditions Particulières.

La prime est payable d'avance aux échéances convenues au domicile de l'assureur ou du mandataire désigné par lui à cet effet.

Toutefois, elle peut être payable au domicile de l'assuré ou à tout autre lieu convenu dans les Conditions Particulières.

À défaut de paiement de prime (ou d'une fraction de prime), l'assureur peut suspendre le contrat d'assurance. La suspension ne prend effet que trente (30) jours après l'envoi à l'assuré à son dernier domicile connu de l'assureur et par lettre recommandée avec accusé de réception, d'une mise en demeure d'avoir à payer la prime. L'assureur a le droit, dix (10) jours à partir de l'expiration du dit délai fixé, de résilier le contrat ou d'en poursuivre l'exécution en justice. Le contrat suspendu ne reprend ses effets que le lendemain du jour où les primes arriérées auront été payées.

(Article 16 alinéa 6 de l'ordonnance n° 95-07 du 25 janvier 1995 relative aux assurances, modifiée et complétée par la loi n° 06-04 du 20 février 2006).

CHAPITRE II - GARANTIE DE BASE « PRÉVOYANCE ACCIDENT »

Code 1.1.11

Article 12 OBJET DE LA GARANTIE

L'assureur garantit, dans les limites des présentes Conditions Générales et dans celles mentionnées aux Conditions Particulières, les indemnités prévues par ces dernières pour les conséquences des accidents corporels pouvant atteindre l'assuré.

Article 13 RISQUES COUVERTS

Les événements ci-après également considérés comme accidents selon la définition ci-dessus :

- Asphyxies par immersion, ou inhalation de gaz ou de vapeur ;
- Atteinte par la foudre, électrocution ;
- Cas de rage ou de charbon consécutifs à des morsures d'animaux ou à des piqûres d'insectes ;
- Cas de congestion, d'insolation, de congélation, mais seulement s'ils ont été provoqués par un accident garanti ;
- Empoisonnements consécutifs à l'absorption par erreur de produits vénéneux ou corrosifs ;
- Ingestion de corps étrangers.

Article 14 EXCLUSIONS

Sont toujours exclus de la garantie :

- 1) **Les conséquences d'accidents causés par des cataclysmes, par la guerre étrangère ou civile, des émeutes ou mouvements populaires, ainsi que par des actes de terrorisme et sabotage commis dans le cadre d'actions concertées de terrorisme et/ou de sabotage et ceux occasionnés par une modification de la structure du noyau atomique.**
- 2) **Les conséquences d'accidents causés par la folie ou l'ivresse de l'assuré, par sa participation à un attentat ou à une rixe (sauf cas de légitime défense), par son suicide ou tentative de suicide.**
- 3) **Les hernies et ruptures musculaires autres que tendineuses, les maladies sauf celles résultant directement d'un accident garanti par le présent contrat, les lombagos autres que les lombagos vrais post-traumatiques.**
- 4) **Les conséquences d'accidents résultant d'opérations chirurgicales n'ayant pas pour cause un accident garanti par le contrat, ainsi que les lésions causées par tout traitement aux rayons X, de radium ou de ses composés et dérivés, sauf les cas de pratique professionnelle.**
- 5) **Les conséquences d'accidents provoqués par toute maladie ou infirmité préexistante.**

Article 15 LIMITATION DE LA GARANTIE

Si les conséquences d'un accident sont aggravées par l'action d'une maladie, d'une grossesse ou d'une infirmité, par le manque de soins constatés dû à la négligence de la victime ou par un traitement empirique, les indemnités ne seront pas calculées sur les suites effectives du cas, mais sur celles que l'accident aurait eu par un sujet présentant des conditions de santé normales et soumis à un traitement médical rationnel.

Lorsque l'assuré aura atteint l'âge de soixante (60) ans, l'assuré se réserve la faculté de procéder à la résiliation à chaque échéance annuelle moyennant un préavis d'au moins un mois, sauf dérogation aux Conditions Particulières.

Article 16 RISQUES ET PRESTATIONS GARANTIS

L'assureur garantit, en cas d'accident couvert par le contrat et entraînant :

Le décès : Le paiement du capital stipulé aux bénéficiaires désignés aux Conditions Particulières ou à défaut de désignation aux ayants droit (Article 71 de l'ordonnance n° 95-07 du 25 janvier 1995 relative aux assurances, modifiée et complétée par l'article 18 de la loi n° 06-04 du 20 février 2006), sur présentation des pièces justificatives de leur droit.

Une incapacité permanente totale ou partielle : Le paiement d'une indemnité, dont le maximum stipulé aux Conditions Particulières, est réductible dans les proportions prévues par le barème d'invalidité indiqué à l'article 19 des présentes Conditions Générales. Cette indemnité ne peut se cumuler avec celle prévue en cas de décès et ne peut être exigée qu'une fois les lésions reconnues définitives et non susceptibles d'être améliorées par un traitement médical connu. Une franchise absolue de 10% est appliquée sur l'indemnité consécutive à une incapacité permanente partielle (IPP).

Lorsque résulte d'un même accident plusieurs infirmités, les indemnités attribuées pour chacune d'elles se cumuleront sans que leur total ne puisse dépasser le maximum prévu aux Conditions Particulières pour l'infirmité permanente totale. Pour chaque accident garanti, l'indemnité déjà versée au titre de l'incapacité permanente vient éventuellement en déduction du capital à payer en cas de décès.

Une incapacité temporaire de travail (ITT) : C'est-à-dire en cas d'incapacité pour l'assuré d'exercer temporairement son travail professionnel ou de se livrer à ses occupations habituelles : Le paiement de l'allocation journalière prévue aux Conditions Particulières pendant un (1) an au maximum à partir du

sixième jour du traitement médical, (franchise absolue de cinq (05) jours).

a) Cette allocation journalière est intégralement due si l'assuré est dans l'impossibilité absolue d'exercer ses occupations professionnelles ou s'il n'exerce pas de profession.

L'assuré est dans l'obligation de se soumettre à un traitement médical et un repos reconnu nécessaire pour sa guérison.

b) Cette allocation journalière est réduite de moitié à partir du jour où l'assuré peut vaquer partiellement à son travail personnel ou a recouvré dans une mesure quelconque la faculté de reprendre ses occupations.

c) Cette allocation journalière est due indépendamment à des indemnités prévues en cas de décès ou d'infirmité permanente, elle est payable à l'assuré lui-même dès que son état, est médicalement consolidé, après constatation par un médecin diplômé, ou en cas de décès, aux bénéficiaires désignés. Si l'incapacité dépasse quatre (4) semaines, l'assureur procède à un premier règlement sur demande de l'assuré à l'expiration de la quatrième semaine après déduction d'une franchise absolue des premiers cinq (05) jours de l'incapacité et ensuite à des règlements successifs toutes les quatre (04) semaines, chaque fois sur justification médicale de l'incapacité temporaire totale ou partielle.

Des frais de traitement : Le remboursement des frais médicaux, pharmaceutiques, d'hospitalisation, chirurgicaux, de clinique, des frais de prothèse et d'appareillage (frais de prothèse dentaire inclus) selon stipulations expresses prévues aux Conditions Particulières du contrat.

Cette garantie s'exerce après épuisement et en complément des indemnités de même nature régulièrement due à l'assuré bénéficiaire d'un régime d'assurance sociale ou par tout organisme de prévoyance sociale.

Sont toujours exclus : Le remboursement des frais de séjour, de traitement dans les stations balnéaires, thermales ou climatiques, d'entretien et le remplacement d'appareils de prothèse qui auraient pu être jugés nécessaires à la suite d'un accident.

Le remboursement des frais médicaux, d'hospitalisation, chirurgicaux ou de clinique, réellement exposés à la suite d'un accident couvert par le contrat est garanti à concurrence du plafond fixé aux Conditions Particulières.

Les capitaux et indemnités garanties sont payables en Algérie en Dinars algériens.

Article 17 OBLIGATIONS EN CAS DE SINISTRE

Conformément à l'article 15 alinéa 5 de l'ordonnance n° 95-07 du 25 janvier 1995 relative aux assurances, modifiée et complétée par la loi n° 06-04 du 20 février 2006, l'assuré ou ses ayants droit ou le souscripteur devront, dans les sept (07) jours ouvrés de la date à laquelle ils auront eu connaissance d'un sinistre (sauf cas fortuit ou de force majeure) faire par écrit ou verbalement contre récépissé, la déclaration à la société ou à l'agence gestionnaire figurant sur le contrat.

L'assuré ou ses ayants droit ou le souscripteur doivent faire connaître les noms et domiciles des auteurs du sinistre, des témoins et de l'autorité (police et/ou gendarmerie) qui a pu intervenir, ainsi que la date, le lieu et les circonstances précises du sinistre et transmettre à l'assureur le certificat du médecin appelé à donner les premiers soins relatant les causes et la nature des lésions ou blessures et leurs conséquences probables.

Tout refus non justifié de se conformer à cette disposition entraîne après une mise en demeure par lettre recommandée, la déchéance de tout droit à l'indemnité pour le sinistre en cause.

L'emploi par l'assuré ou ses ayants droit de documents ou de moyens sciemment mensongers ou toute réticence intentionnelle dans la déclaration d'un sinistre tendant à exagérer ou dénaturer les suites, à en déguiser les causes ou en prolonger les conséquences entraîne de plein droit la déchéance pour le sinistre en cause.

Article 18 RÈGLEMENT DES INDEMNITÉS

Le paiement des indemnités dues par la compagnie est toujours subordonné à la production, aux frais de l'assuré ou des bénéficiaires, des pièces et documents prouvant le droit à l'indemnité. Le cas échéant les pièces et documents devront être revêtus des signatures et légalisations indispensables

pour en justifier l'authenticité.

Le règlement des indemnités sera effectué dans le délai de trente (30) jours à partir de la date de la remise des pièces justificatives ou la décision de justice devenue exécutoire, étant convenu que les parties s'interdisent d'avoir recours à la voie judiciaire tant qu'il n'aura pas été procédé à une expertise amiable.

Si les médecins experts, choisis par chacune des parties ne peuvent se mettre d'accord sur les conséquences d'un accident, ils s'adjoindront un troisième médecin pour les départager aux frais communs des deux parties.

Si l'assuré ou ses ayants droit, n'a pas choisi son médecin ou si les deux praticiens désignés n'ont pu s'entendre sur le choix d'un troisième, celui-ci sera nommé par le Président du tribunal territorialement compétent.

Dans tous les cas, la détermination du taux de l'incapacité permanente totale ou partielle, aura lieu en Algérie à l'exclusion de tout autre lieu, soit par voie d'expertise amiable ou judiciaire.

Article 19 EFFET DU CONTRAT VIS-À-VIS DU BÉNÉFICIAIRE

Toute personne ayant provoqué ou causé intentionnellement le sinistre est exclue du bénéfice du présent contrat (Article 73 de l'ordonnance n° 95-07 du 25 janvier 1995 relative aux assurances, modifiée et complétée par la loi n° 06-04 du 20 février 2006).

Article 20 BARÈME DE L'INVALIDITÉ

De convention entre les parties, il est précisé que les dispositions régissant le règlement des prestations dues en cas d'infirmité permanente seront les suivantes.

L'ASSUREUR GARANTIT

- En cas d'incapacité permanente et définitive, le paiement à l'assuré lui-même d'une indemnité dont le maximum est prévu aux Conditions Particulières et dont le montant est fixé suivant la gravité de l'infirmité, sur la base du capital prévu pour l'incapacité permanente totale (100%).
- L'incapacité permanente partielle est calculée conformément au barème ci-dessous, sans tenir compte de la profession de l'assuré et en ne faisant état que des lésions anatomiques traumatiques, à l'exclusion de tous éléments subjectifs.

1) INFIRMITÉ PERMANENTE TOTALE

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

2) INFIRMITÉ PERMANENTE PARTIELLE

a) Tête

Perte complète d'un œil ou réduction de la moitié de la vision binoculaire	40%
Surdité totale incurable résultant directement et exclusivement d'un accident	40%
Surdité complète d'une oreille	30%
Perte de substance osseuse du crâne dans toute son épaisseur, d'au moins 4 cm de diamètre	40%
Épilepsie post-traumatique une ou deux crises convulsives par mois	30%
Syndromes subjectifs des traumatismes crâniens sans lésion encéphalique ou crânienne	5%
Épilepsie Jacksonienne : crise assez étendue occupant des groupes musculaires et se répétant en moyenne jusqu'à une fois par semaine	20%
Hémiplégie avec contracture :	
- Côté droit	70%
- Côté gauche	55%
Ablation du maxillaire inférieur	40%
Fracture non consolidée de la mâchoire inférieure	20%

Perte totale ou presque totale des dents :	
- Avec possibilité de prothèse	10%
- Sans possibilité de prothèse	35%

b) Membres supérieurs

Amputation du bras au tiers supérieur ou perte complète de :	Droit	Gauche
L'usage d'un bras	70%	55%
Perte complète de l'usage d'une main	60%	50%
Fracture non consolidée d'un bras	50%	30%
Amputation du pouce :		
- Avec conservation du métacarpien	25%	10%
- Sans conservation du métacarpien	15%	10%
Amputation de l'index	10%	89%
Amputation du médus	89%	69%
Amputation de l'annulaire	39%	29%
Amputation de l'auriculaire	39%	29%
Perte complète de l'usage du mouvement de l'épaule	28%	22%
Perte complète de l'usage du mouvement du coude	20%	15%
Perte complète de l'usage du mouvement d'un poignet	12%	9%

c) Membres inférieurs

Amputation de la cuisse au tiers moyen ou perte complète de l'usage d'une jambe	60%
Perte complète du pied	40%
Fracture non consolidée de la cuisse	50%
Fracture non consolidée de la jambe	40%
Amputation partielle d'un pied comprenant tous les orteils et une partie du pied	25%
Perte complète du mouvement de la jambe	25%
Perte complète du mouvement du genou	25%
Perte complète du mouvement du cou-de-pied	15%
Fracture non consolidée de la rotule	30%
Amputation du gros orteil avec métatarsien	10%
Amputation de deux ou trois orteils d'un pied	2%
Raccourcissement d'une jambe d'au moins 5 centimètres	20%
Raccourcissement d'une jambe d'au moins 3 centimètres	10%

d) Rachis – Thorax

Fracture de la colonne vertébrale cervicale sans lésion médullaire	10%
Fracture de la colonne vertébrale dorsale-lombaire :	
- Cas légers avec radiographie mais syndrome neurologique à peine ébauché	20%
- Cas grave (paraplégie)	60%
Tassement vertébral dorsale confirmé par radio	10%
Tassement vertébral lombaire confirmé par radio	15%
Écrasement post-traumatique des vertèbres avec déformation (cas moyen)	35%
Lumbago vrai post-traumatique	5%
Torticolis vrai post-traumatique	5%
Algies radiculaires avec irradiations (forme légère)	2%
Paraplégie fruste avec marche possible sans appui	15%
Fractures multiples de côte avec séquelles importantes	8%
Fracture de la clavicule avec séquelles nettes :	
Droite	5%
Gauche	3%

Périarthrite scapulo-humérale avec calcifications :

Droite 16%

Gauche 13%

Les infirmités non énumérées dans le barème, même d'importance moindre, seront indemnisées en proportion de leur gravité comparée à celle des cas énumérés et sans tenir compte de la profession de l'assuré.

Dans le cas où l'assuré est gaucher, les taux prévus au barème ci-dessus sont inversés.

CHAPITRE III - GARANTIES COMPLÉMENTAIRES

« ASSISTANCE AUX PERSONNES » Code 18.1.11

Article 21 DESCRIPTION DES GARANTIES « ASSISTANCE »

21-1- TRANSPORT, RAPATRIEMENT MÉDICAL ET ÉVACUATION SANITAIRE EN CAS D'ACCIDENT, DE MALADIE OU DE LÉSION

Dans le cas où l'assuré est accidenté ou atteint d'une maladie dûment justifiée, l'assureur prendra en charge les frais de transport de l'assuré par ambulance ou tout autre moyen de transport considéré le plus adéquat par le médecin traitant, vers un centre de soin.

21-2- ASSISTANCE MÉDICALE À L'ÉTRANGER SUITE À UNE MALADIE FORTUITE OU À UN ACCIDENT

Dans le cas où l'assuré est accidenté ou souffre d'une maladie fortuite au cours de son voyage à l'étranger en dehors de son pays de résidence habituel, l'assureur prendra en charge les frais d'hospitalisation, de chirurgie, les frais médicaux et les médicaments prescrits par les médecins traitants, jusqu'à concurrence des limites fixées aux Conditions Particulières.

21-3- PRISE EN CHARGE DES SOINS DENTAIRES D'URGENCE

L'assureur garantit le paiement des soins dentaires d'urgence lors d'un déplacement à l'étranger dans la limite fixée dans les Conditions Particulières. Sont exclus de cette garantie : les prothèses, les soins de reconstruction d'orthodontie, les plombages, couronnes ou tout autre traitement non nécessaire pour soulager la douleur causée par une gencive ou une dent infectée.

La mise en œuvre de cette garantie est subordonnée à l'accord préalable de l'assisteur.

21-4- PROLONGATION DE SÉJOUR POUR CAUSE DE MALADIE OU DE LÉSION

L'assisteur prend en charge et se substitue éventuellement au bénéficiaire pour payer les frais d'hôtel du bénéficiaire quand, pour cause de maladie ou de lésion survenue lors du déroulement du voyage et par prescription médicale, il doit prolonger son séjour à l'endroit où il s'est déplacé. Les limites de garantie et les frais sont fixés aux Conditions Particulières.

21-5- DÉPLACEMENT D'UN PARENT

En cas d'hospitalisation de l'assuré supérieure à dix (10) jours, l'assureur prend en charge les frais aller-retour, d'un membre immédiat de la famille, afin de se rendre à son chevet.

Cette prestation est organisée et prise en charge au départ et à destination de l'Algérie.

21-6- TRANSPORT OU RAPATRIEMENT DU BÉNÉFICIAIRE DÉCÉDÉ

En cas de décès de l'assuré durant son voyage à l'étranger quelle que soit la cause, le prestataire mandaté par l'assureur prendra en charge :

a) Les frais de rapatriement de la dépouille mortelle de l'assuré jusqu'au lieu de résidence habituel ou au lieu de l'enterrement.

Par contre, les frais d'enterrement de l'assuré ne sont pas couverts par le présent contrat.

b) Le retour de toute autre personne assurée ou d'un membre immédiat de la famille au lieu de résidence habituel.

c) Au cas où l'assuré accompagnant le décédé serait un enfant de 12 ans ou moins, sans

accompagnateur, l'assureur prendra en charge les frais exposés par un autre accompagnateur pour le trajet de retour à son lieu de domicile habituel sous réserve que l'assuré en fasse la demande.

21-7- ENVOI DE MÉDICAMENTS

L'assureur fera parvenir à l'assuré les médicaments prescrits par le médecin traitant en urgence et qui ne sont pas disponibles sur le lieu de déplacement de l'assuré.
Il n'y a pas de limite applicable par événement.

21-8- DÉPLACEMENT DU BÉNÉFICIAIRE DÛ À UN SINISTRE AU DOMICILE

L'assureur supportera les frais de déplacement urgents du bénéficiaire jusqu'à son domicile, à la suite d'un sinistre de vol avec effraction, incendie ou explosion dans sa résidence habituelle qui serait devenue inhabitable ou présentant un grave risque d'avènement de plus grands dommages qui peuvent justifier de façon indispensable et immédiate sa présence et la nécessité du voyage, pour autant qu'il ne puisse pas faire le dit déplacement avec le moyen ou titre de transport utilisé pour faire le voyage.

21-9- LOCALISATION ET TRANSPORT DES BAGAGES ET EFFETS PERSONNELS

L'assureur aidera le bénéficiaire pour la dénonciation du vol ou de la perte de ses bagages et effets personnels et collaborera dans les recherches pour leur localisation.

En cas de récupération des dits biens, l'assureur prendra en charge leur expédition jusqu'au lieu de destination du bénéficiaire ou jusqu'à son domicile habituel.

Dans tous les cas, le certificat original du transporteur ou la plainte se rapportant à la perte ou à l'accident doivent être fournis.

21-10- MANQUEMENT DE CORRESPONDANCE

Si le titulaire manque le départ d'un vol par suite de l'arrivée tardive de son vol précédent et qu'aucun moyen de transport n'est mis à sa disposition dans un délai de quatre (4) heures, les achats de premières nécessités, seront remboursés sur facture, jusqu'à concurrence de 100 EUROS par retard.

21-11- RETARD D'UN VOL RÉGULIER

Quand le départ du moyen de transport public contracté par l'assuré pour voyager sera retardé de six (6) heures minimum, la Compagnie paiera sur présentation des factures originales correspondantes, les frais supplémentaires (transport et logement à l'hôtel ainsi que la manutention) réalisés à la suite du retard selon les limites suivantes :

- Jusqu'à 45 EUROS, si le retard est supérieur à six heures.
- 45 EUROS de plus si le retard est supérieur à douze (12) heures.
- 45 EUROS de plus si le retard est supérieur à dix-huit (18) heures.
- 45 EUROS de plus si le retard est supérieur à vingt-quatre (24) heures.

Quel qu'en sera le titre, la limite maximale de cette garantie sera de 180 EUROS.

Le retard doit être dû à l'annulation des services de transport, provoqués par accident, grève, détournement, acte de terrorisme, acte criminel, alerte à la bombe, émeute, agitation civile, feu, inondation, tremblement de terre, éboulement, avalanche, conditions atmosphériques défavorables ou panne mécanique.

Cette garantie exclut le retard produit à la suite d'une grève convoquée par des employés propres ou des entreprises de services sous-traités de la Compagnie Aérienne et/ou des aéroports dans lesquels le vol aurait son point de départ ou de destination. Cette garantie exclut également les retards produits lors de vols charter ou non réguliers.

Le certificat original du transporteur ou la plainte se rapportant au retard doivent être fournis.

21-12- ANNULATION DU VOYAGE

L'assureur remboursera les frais de voyage, non récupérables prévus contractuellement aux conditions de vente du Tour Operator. Le bénéficiaire est indemnisé en cas de maladie grave, accident corporel grave, décès du bénéficiaire ou d'un membre de sa famille.

L'assuré doit fournir le document qui justifie le remboursement des frais de voyage (certificat médical, certificat de décès).

21-13- RETARD DE BAGAGES

Si les bagages, enregistrés à une compagnie de ligne aérienne filiale de l'I.A.T.A, ont plus de six (6)

heures de retard, les dépenses de première nécessité seront remboursées sur facture, jusqu'à 100 EUROS par retard.

Le certificat original du transporteur ou la plainte se rapportant au retard doivent être fournis.

21-14- PERTE DE BAGAGES ENREGISTRÉS

Si les bagages confiés à la compagnie aérienne sont perdus, l'assureur complètera, les remboursements garantis par la compagnie aérienne jusqu'à concurrence de 210 EUROS.

Pour bénéficier de cette garantie, les assurés fourniront une liste du contenu de leurs bagages, comprenant le prix et la date estimés de l'achat de chaque article, aussi bien que le règlement du paiement de compensation par le transporteur.

Le paiement de compensation pour la perte sera calculé selon les procédures recommandées par l'I.A.T.A (en général 20 EUROS par Kg).

La période minimum qui doit s'écouler pour que les bagages soient considérés comme ayant été perdus définitivement sera celle stipulée par la compagnie de transport, avec vingt et un (21) jours au minimum.

Le certificat original du transporteur ou plainte se rapportant à la perte de bagages doivent être fournis par l'assuré.

21-15- DÉFENSE JURIDIQUE

En cas de poursuite de l'assuré devant une juridiction civile ou pénale, l'assisteuse s'engage à prendre en charge les frais et honoraires de défense par un avocat jusqu'à concurrence de la limite fixée dans les Conditions Particulières.

21-16- CAUTION DUE À DES PROCÉDURES PÉNALES

L'assisteuse s'engage à accorder une avance sur caution pénale jusqu'à concurrence du montant fixé aux Conditions Particulières, pour garantir la liberté provisoire de l'assuré à la suite d'un événement dans lequel sa responsabilité sera recherchée.

Cette avance est consentie moyennant le dépôt préalable d'un chèque de caution d'un montant équivalent auprès de la Compagnie (cédante). L'assuré doit rembourser le montant de cette caution dans un délai de quarante-cinq (45) jours.

21-17- INTERRUPTION DE VOYAGE SUITE AU DÉCÈS D'UN MEMBRE DE LA FAMILLE

Lorsque l'assuré doit interrompre son déplacement à l'étranger du fait d'un décès d'un membre immédiat de la famille, (conjoint, ascendant et descendant direct), l'assureur, par le biais de son prestataire, prendra en charge les frais occasionnés par son retour au lieu de domicile habituel.

21-18- TRANSMISSION DE MESSAGES URGENTS

À la demande de l'assuré, l'assisteuse mettra à sa disposition les moyens de transmettre des messages urgents relatifs à tout accident, maladie ou imprévu définis dans les points 1 à 6 de l'article 21 ci-dessus.

21-19- INFORMATIONS

L'assureur donnera, toutes les informations sur le pays de destination concernant les vaccins, le climat, la monnaie, les ambassades, les fuseaux horaires, etc.

Article 22 EXCLUSIONS RELATIVES AUX GARANTIES « ASSISTANCE »

Sont exclues de la présente assurance, les conséquences des faits suivants :

Est également, considéré comme accident de la circulation, tout accident résultant de l'usage fait par l'assuré, à titre de simple passager, de tout moyen de transport en commun, terrestre, fluvial, maritime, ou aérien sur une ligne commerciale régulière.

22-1- EXCLUSIONS GÉNÉRALES

- **La guerre civile ou étrangère déclarée ou non.**
- **Les catastrophes naturelles : les inondations, les tremblements de terre, les éruptions**

volcaniques, les cyclones, les météorites.

- Les événements résultant d'actions terroristes, mutineries, émeutes, actes de sabotage commis dans le cadre d'actions concertées.
- Les événements résultant d'une radioactivité nucléaire et les phénomènes de pollution.
- Les événements résultant de la perquisition des hommes et du matériel par les autorités.
- Actions des forces armées ou de la police.
- Force majeure qui empêche l'assistant d'intervenir.

22-2- EXCLUSIONS PARTICULIÈRES

- La prise en charge des frais après quatre-vingt-dix (90) jours consécutifs du début du voyage.
- Toute déclaration de sinistre faite par l'assuré au-delà de trente (30) jours de sa survenance.
- Les personnes âgées de plus de 85 ans.
- Les contrats souscrits pour des personnes non-résidentes en Algérie.
- Les frais médicaux consécutifs à un accident ou à une maladie survenue à l'étranger dès que le bénéficiaire retourne sur le territoire algérien.
- La grossesse et toutes ses conséquences ou complications, interruption volontaire de grossesse, accouchement, fausses couches, l'insémination artificielle, les traitements de stérilité et les frais de contraception.
- Les bilans de santé, vaccins, cures thermales et la chirurgie esthétique.
- Le SIDA, HIV, les maladies sexuellement transmissibles, hépatite C, Malaria et épidémies.
- Les prothèses et les couronnes dentaires, l'orthodontie et les plombages.
- Les voyages ayant pour but de recevoir un traitement médical ou chirurgical.
- Maladie congénitale et psychologique, mentales ou dépressives.
- Les maladies chroniques préexistantes et tout état médical préexistant avant le commencement du voyage.
- Les lésions et affections bénignes n'empêchant pas le bénéficiaire de poursuivre son séjour ou son voyage.
- Les soins ou traitements ne résultant pas de l'urgence médicale ou d'un accident.
- Prothèses, lunetteries, lentilles de contact, prothèses auditives, poumons artificiels, non consécutifs à une maladie ou un accident au cours du voyage.
- Tous les frais médicaux engagés par l'assuré dans le pays de résidence principale (Algérie).
- Le suicide ou tentative de suicide, leurs complications immédiates et les séquelles qui en sont occasionnées.
- Les accidents provoqués intentionnellement par l'assuré lui-même.
- L'assistance en raison de maladies ou d'états pathologiques produits par l'absorption volontaire d'alcool, de drogues, de substances toxiques, de narcotiques ou de médicaments acquis sans prescription médicale.
- Transport médical ou rapatriement dû à une maladie ou à un accident pouvant être traités sur place.
- Après le diagnostic d'une phase terminale.
- Le remboursement de la valeur des objets et effets volés, la perte des titres de transport, d'argent liquide, de bijoux, papiers d'identité et autres papiers.
- Les frais engagés par un bénéficiaire de son propre chef sans l'accord préalable de l'assistant.
- Les factures et frais présentés à l'assistant par un bénéficiaire dans des circonstances manifestes de mauvaise foi.
- Participation à des activités à risque telles que : sports mécaniques (auto, moto, vélo de compétition, tout véhicule à moteur), boxe, haltérophilie, sports de combats, arts martiaux, randonnées glaciaires, plongée sous-marine, spéléologie, ski, courses de traîneau, sports aériens, sports d'aventure, sports d'hiver, chasse, usage d'armes à feu, saut à l'élastique, saut d'obstacle à cheval, alpinisme, compétitions sportives, paris et défis, crimes ou rixes (sauf cas de légitime défense).
- Sauvetage de personnes en montagne, mer, désert ou abîmes.
- Les étudiants des universités autres que le pays de résidence.
- Les accidents de travail et les conséquences des risques inhérents au travail exécuté par l'assuré.
- Les pertes de bagages mal identifiés ou mal emballés, ainsi que les pertes de produits fragiles ou de denrées périssables.

- Les frais consécutifs à une maladie ou un accident non consolidés au moment du départ en voyage.
- Les soins ou traitements non reconnus scientifiquement ou médicalement.
- Les traitements ou soins procurés par un membre de la famille.

Article 23 DÉCLARATION DE SINISTRE

En cas de sinistre, l'assuré doit avant d'entamer les soins, téléphoner obligatoirement de l'étranger à la centrale d'alarme ouverte à effet 24h/24 et 7j/7, dont les numéros sont indiqués sur les Conditions Particulières et la carte d'assurance personnalisée remises à l'assuré lors de la souscription du contrat.

- Le délai de déclaration de sinistre ne doit pas dépasser trente (30) jours maximum à compter de sa date de survenance.
- Elle doit être toujours faite à partir de l'étranger et non pas lorsque l'assuré rentre dans son pays de résidence habituel.

Article 24 PROCÉDURE DE PRISE EN CHARGE EN CAS DE SINISTRE

En cas de sinistre, le preneur de l'assurance ou l'assuré est obligé de :

- Faire la demande d'assistance correspondante par appel téléphonique, indiquer ses données personnelles et le motif de l'appel ;
- Le numéro d'appel personnalisé est indiqué sur les Conditions Particulières et les autres documents de garantie délivrés (carte personnalisée) par l'assureur à l'assuré au moment de la souscription du contrat ;
- Le centre d'appel est ouvert 24h/24 et 7j/7.

Pour recevoir l'accord de prise en charge et les indications concernant la marche à suivre, l'assuré devra indiquer :

- Nom et prénom de l'assuré ;
- Le nom de la Compagnie ainsi que le numéro et les dates de validité de sa police d'assurance ;
- La date d'entrée dans le pays de séjour ;
- Le nom, l'adresse et le numéro de téléphone de l'hôpital où le bénéficiaire a été admis ;
- Une brève description des causes et origines de l'accident ou de la maladie.

Un médecin expert commis par le prestataire de l'assureur aura accès auprès du bénéficiaire au dossier médical pour constater le bien-fondé de la demande. Dans tous les cas, le choix du moyen de transport est décidé par le médecin du représentant de l'assureur et le médecin traitant. Dans tous les cas de maladie ou blessure nécessitant une hospitalisation, le bénéficiaire doit avertir le prestataire de la Compagnie au plus tard dans les 48 heures sous peine de déchéance de garantie ou au minima, de se voir réclamer les frais supplémentaires, engagés par la Compagnie et qui n'auraient normalement pas été encourus, si la demande avait été déclarée dans le délai indiqué.



**- Avenant d'extension de garantie -
Annexés aux conditions générales de**

MyMacir Voyage

(Visa MF/Direction des assurances/n°09 du 04/03/2012)

· Codification : 1.1.11
18.1.11

- Avenant d'extension de garantie - Annexés aux conditions générales de MyMacir Voyage

Visa MF/Direction des assurances/n°09 du 09/03/2012

Article 1 OBJET DE L'AVENANT

Par dérogation à l'article 22-2 « Exclusions particulières » des conditions générales de MyMacir voyage, il est stipulé que les assurés pouvant être contaminés par le virus COVID-19 lors de leur voyage seront couverts aux limites stipulées aux conditions particulières.

Article 2 NATURE DES GARANTIES ACCORDÉES

Les garanties consenties dans le cadre de cette extension portent sur les risques suivants :

- Frais médicaux pour l'hospitalisation, suite à une infection au COVID-19 ;
- Rapatriement en cas de décès dû au COVID-19 ;
- Retour en cas de manquement du vol d'origine en raison d'une infection au COVID-19.

Un seul test PCR est pris en charge en cas de contamination et/ou hospitalisation durant le séjour, à condition qu'il soit effectué minimum 05 jours avant la date de retour dans son pays d'origine.

Exclusion : Le pays de destination n'est pas recommandé ou est considéré en tant que « Zone Rouge » par les autorités algériennes.

Article 3 DIVERS

Toutes les autres dispositions des Présentes Conditions Générales restent inchangées.
Le présent avenant forme partie intégrante des Présentes Conditions Générales.



MACIRVIE

Assurance vie · voyage · santé

43, Rue AMANI Belkacem, Paradou, Hydra, Alger
Tél.: +213 (0) 770 112 072 / 73
courrier@macirvie.com | www.macirvie.com



Scan me

ISO 9001
BUREAU VERITAS
Certification

