

NOTICE D'INFORMATION AU CONTRAT ASSURANCE DES PERSONNES
N° IA2200075 IA CLIENTS DES COACHS

CHAMP D'APPLICATION DES GARANTIES : Les garanties sont acquises aux assurés en cas de dommages corporels survenant exclusivement lors de leurs participations aux activités sportives organisées par le coach sportif ayant adhéré au programme d'assurance avec ACS+, **A L'EXCLUSION DE TOUTES COMPETITIONS.**

TERRITORIALITE : La territorialité appliquée aux garanties est la suivante : Europe y compris DROM COM.

Tableau Montant des Garanties et des Franchises par assure

Garantie	Plafond	Franchise
• Décès suite à Accident	8 000 €	Néant
• Invalidité Permanente Totale ou partielle suite à Accident (selon barème)	50 000 €	10% franchise relative
• Indemnités Journalières suite à Accident –	20€ /jour (maxi 365j)	Franchise absolue : 15 jours
• Frais traitement suite à accident	7 000 €	38€
• Accompagnement psychologique	500 €	Néant
• Option Frais de rapatriement, de recherche et de secours	6 000 €	Néant

Maximum garanti : - par assuré : 50 000 EUR

Échéance principale du contrat et des adhésions : 1^{er} janvier de chaque année.

1. DEFINITIONS COMMUNES

Accident : Toute atteinte corporelle, non intentionnellement causée ou provoquée par l'Assuré ou le Bénéficiaire, provenant de l'action soudaine et brutale d'une cause extérieure.

Par extension à la notion d'Accident, sont également compris dans l'assurance :

- ▲ l'asphyxie, la noyade, l'hydrocution, la chute de la foudre, l'électrocution, l'insolation et la congélation ;
- ▲ les inoculations infectieuses dues aux piqûres d'insectes et aux morsures d'animaux ;
- ▲ lempoisonnement causé par des produits alimentaires ou tous autres produits ingérés par erreur ou par suite de l'action criminelle d'un tiers.

Ne peuvent être considérés comme un « Accident » au sens de la définition LA RUPTURE D'ANEVRISME, L'INFARCTUS DU MYOCARDE, L'EMBOLIE CEREBRALE OU L'HEMORRAGIE MENINGEE.

Adhérents : l'ensemble des coachs sportifs ayant adhérés au contrat collectif du preneur d'assurance pour le compte de leurs clients.

Assurés : L'ensembles des clients des coachs sportifs ayant adhéré au programme d'assurance avec ACS+.

Assureur : ALBINGIA, Compagnie d'assurances.

Avenir : Document contractuel complémentaire constatant les modifications apportées au contrat. Il obéit aux mêmes règles que le contrat lui-même.

Bénéficiaire : En cas de décès, le Bénéficiaire est :

- ▲ la personne physique ou morale désignée sousce nom au bulletin d'adhésion, à défaut
- ▲ le conjoint survivant de l'Assuré, non divorcé, ounon séparé de corps, à défaut
- ▲ les enfants de l'Assuré, vivants ou représentés, adéfaut
- ▲ les ayant droit de l'Assuré.

LE BÉNÉFICIAIRE QUIATTENTE INTENTIONNELLEMENT A LA VIE DE L'ASSURE PERD TOUT DROIT SUR LE CAPITAL qui reste néanmoins payable aux autres Bénéficiaires.

- ▲ Pour les autres prestations le Bénéficiaire est l'Assuré.

Cessation des garanties : La date à laquelle prend effet la résiliation, la dénonciation, l'expiration ou la suspension du contrat.

Code : Code des Assurances.

Consolidation : Jour à partir duquel l'état de l'Assuré est considéré comme stabilisé et définitif au dire d'une autorité médicale compétente. La fixation d'un Taux d'Invalidité permanente entérine la

consolidation.

Cotisation : La somme que doit verser le Preneur d'assurance, en contrepartie de la garantie.

Déchéance : La perte du droit à garantie pour le Sinistreen cause.

Délai de carence : Période de 90 jours consécutifs pendant laquelle les garanties "maladie" ne sont pas encore en vigueur. Cette période commence à compter de la date d'effet du contrat ou de l'Avenir incorporant une garantie maladie. Toute affection ou maladie apparue pendant cette période ainsi que leurs suites et conséquences ne donnent jamais lieu à indemnisation.

Disparition : La disparition au titre du présent contrat n'intervient qu'après :

- ▲ expiration d'un délai de 6 mois suivant la déclaration de disparition de l'Assuré auprès d'une autorité compétente,
- ▲ l'examen de toutes les preuves et justifications disponibles et,
- ▲ l'absence de raisons pour ne pas présumer qu'un Accident s'est produit.

Durée d'indemnisation : Le nombre maximal de jours consécutifs pendant lequel le Bénéficiaire peut recevoirune indemnité.

Échéance principale : La date qui marque le début dechaque période annuelle d'assurance.

Guerre civile : Toutes opérations militaires étendues dans le temps et dans l'espace, entre une ou plusieurs factions de la population d'un même état souverain. Cesactions sont dotées d'organisation militaire, elles agissent à découvert et ont pour but de renverser le gouvernement établi. A la guerre civile se rattache l'insurrection qui en est le prélude et qui est l'action de groupes organisés et armés, qui se dressent même localement contre le pouvoir établi.

Guerre étrangère : Toute situation de lutte armée entredeux ou plusieurs puissances souveraines, entre peuples n'appartenant pas à la même nation et qui ne sont pas soumis à la même puissance étatique.

Invalidité permanente totale ou partielle : La diminution définitive de la capacité physique d'une personne dont l'état est consolidé ou stabilisé. Il est entendu par :

▲ **Invalidité permanente totale**, celle entraînant une invalidité de 100 % d'après le barème Assureur figurant en page 5 de la présente notice.

▲ **Invalidité permanente partielle**, celle qui donnerait à une fraction du capital prévu pour le cas d'invalidité permanente totale. Cette fraction est proportionnelle au Taux d'Invalidité prévu au barème Assureur figurant en page 5 de la présente notice et

des dispositions qui le complètent, sans tenir compte de la profession de l'Assuré.

Maximum garanti :

▲ **Par Assuré** : dans le cas où un *Accident* met en jeu plusieurs garanties, le cumul des indemnités à verser par *Assuré* ne pourra en aucun cas excéder le montant prévu dans la présente Notice d'information.

Preneur d'Assurance : Preneur d'Assurance : Association AN3S - 47 B RUE GAMBETTA - 71120 CHAROLLES. Toute personne qui lui serait substituée, légalement ou par accord des parties, sera considérée comme Preneur d'Assurance.

Sinistre : Tout *Accident* mettant en jeu la garantie. Constituent un seul et même sinistre toutes les conséquences ou rechutes d'un même *Accident*.

Sport amateur : Tout sport dont la pratique ne constituepas l'activité principale de l'Assuré et dont ce dernier nepeut tirer aucun bénéfice financier ou matériel, direct ou indirect. Les sportifs ne correspondant pas à cette définition seront considérés comme sportifs professionnels ou de haut niveau.

Sportif de haut niveau : Toute personne :

▲ officiellement désignée comme tel et dont le nom figure sur la liste des sportifs de haut niveau arrêtée par le Ministre chargé des sports ou,

▲ qui pratique un sport en 1^{re} division en équipe nationale ou à un niveau international.

Subrogation : (article L. 131-2 du Code) Transmission au bénéfice de l'Assureur du droit de recours que possède l'Assuré contre un tiers responsable.

Suspension : La Cessation du bénéfice d'une (ou des)garantie(s) du contrat alors qu'il n'est ni résilié, ni annulé. Elle prend fin par la remise en vigueur ou la résiliation définitive.

Taux d'Invalidité : Le taux fixé à dire d'Expert, selon lebarème Assureur figurant en page 5 de la présente Notice d'information, ne tenant compte que de l'atteinteà l'intégrité physique de l'Assuré. Ce taux est exprimé en pourcentage. L'âge, les activités ou la profession de l'Assuré ne sont en aucun cas pris en considération pourdéterminer ce taux d'invalidité.

Vie privée : Sont considérées comme vie privée, les périodes de la journée qui ne répondent pas à la définition de la vie professionnelle.

Vie professionnelle :

▲ La vie professionnelle est la période de la journée pendant laquelle l'Assuré exerce une activité salariée ou rémunérée. Entre dans cette période, le trajet qu'effectue l'Assuré pour se rendre directement de son domicile

sur les lieux de son activité professionnelle et inversement.

- ▲ La *vie professionnelle* est étendue à la totalité des journées, y compris les jours fériés et les jours de fin de semaine, lorsque l'Assuré est en déplacement professionnel pour le compte de son entreprise. Dans ce cas, la *vie professionnelle* prend effet à partir du moment où l'Assuré quitte son domicile ou son lieu de travail dans le but d'effectuer son déplacement professionnel et cesse au retour à son domicile.
- ▲ Seules les activités professionnelles mentionnées au bulletin d'adhésion sont garanties au titre de la *vie professionnelle*.

2. DECES SUITE A ACCIDENT

Cette garantie est accordée exclusivement suite à Accident.

2.1 DEFINITION

Disparition : La disparition au titre du présent contrat n'intervient qu'après :

- ▲ expiration d'un délai de 6 mois suivant la déclaration de disparition de l'Assuré auprès d'une autorité compétente,
- ▲ l'examen de toutes les preuves et justifications disponibles et,
- ▲ l'absence de raisons pour ne pas présumer qu'un Accident s'est produit.

2.2 PRESTATION GARANTIE

L'Assureur verse au Bénéficiaire le capital indiqué sur le la présente notice, si le décès résulte d'un Accident garanti ou de ses conséquences et survient dans les 12 mois à compter du jour de l'Accident.

La garantie est également acquise en cas de disparition de l'Assuré.

Cependant, dans le cas où il est constaté que l'Assuré est toujours vivant alors que le règlement du capital prévu en cas de décès a été effectué, le ou les Bénéficiaires devront rembourser intégralement à l'Assureur les sommes qu'ils ont reçues au titre de la garantie décès.

2.3 PAIEMENT DES PRESTATIONS

Le capital est versé en une seule fois au Bénéficiaire.

3. INVALIDITE PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE SUITE A ACCIDENT

Cette garantie est accordée exclusivement suite à Accident.

3.1 DEFINITIONS

Pour l'application de la présente garantie, il faut entendre par **Invalidité permanente totale ou partielle** : La diminution définitive de la capacité physique d'une personne dont l'état est consolidé ou stabilisé. Il est entendu par :

Invalidité permanente totale celle entraînant une invalidité de 100 % d'après le barème assureur figurant en page 4 de la présente notice.

Invalidité permanente partielle, celle qui donne droit à une fraction du capital prévu pour le cas d'invalidité permanente totale. Cette fraction est proportionnelle au taux d'invalidité prévu au barème Assureur figurant en page 4 de la présente notice et des dispositions qui le complètent, sans tenir compte de la profession de l'Assuré.

Taux d'Invalidité : Le taux fixé à dire d'Expert, selon les modalités du barème Assureur figurant en page 4 de la présente notice, ne tenant compte que de l'atteinte à l'intégrité physique de l'Assuré. Ce taux est exprimé en pourcentage. L'âge, les activités ou la profession de l'Assuré ne sont en aucun cas pris en considération pour déterminer ce taux d'invalidité.

Franchise : Le taux d'invalidité au-delà duquel le Bénéficiaire perçoit une indemnité.

La franchise est **relative** : toute invalidité dont le taux est supérieur à la franchise mentionnée au « Tableau montant des garanties et des franchises par assuré » de la présente notice.

3.2 PRESTATIONS GARANTIES

En cas d'Invalidité permanente totale il est procédé au versement du capital indiqué au « Tableau montant des garanties et des franchises par assuré » de la présente notice.

En cas d'Invalidité permanente partielle il est procédé au versement d'un capital, calculé en affectant au capital indiqué à la présente notice le taux d'Invalidité définitive

prévu au barème figurant en page 4 de la présente notice.

- ▲ La perte ou la lésion de membres ou organes déjà invalides n'est indemnisée que par différence entre l'état antérieur et l'état postérieur à l'Accident.
- ▲ L'évaluation des lésions de membres ou d'organes provoquées par l'Accident ne peut être augmentée à l'égard de l'Assureur, par l'état d'infirmité d'autres membres ou organes que cet Accident n'a pas intéressé : si les conséquences de l'Accident sont aggravées par une maladie, lésion ou invalidité préexistante, l'indemnité se calcule sur les conséquences que cet Accident aurait eues chez une personne saine présentant un état de santé normal et non pas sur les conséquences effectives de cet Accident.
- ▲ En cas de lésions multiples affectant un même membre ou organe, l'indemnité se calcule par addition des taux sans pouvoir dépasser la valeur d'amputation du membre ou organe.
- ▲ En cas de lésions multiples affectant plusieurs membres ou organes, l'indemnité se calcule par addition des taux sans pouvoir dépasser le capital assuré en cas d'invalidité permanente totale.

3.3 PAIEMENT DES PRESTATIONS

Le capital est versé en une seule fois, dès la date de Consolidation. Toutefois, l'Assuré pourra demander le versement d'une avance dont le montant global ne pourra pas excéder 30% du capital garanti si, à la fin des 12 mois qui suivent la déclaration de sinistre, la consolidation n'est pas intervenue.

4. OPTION FRAIS DE RAPATRIEMENT, DE RECHERCHE ET DE SECOURS SUITE A ACCIDENT

4.1 DEFINITION

Pour l'application de la présente garantie, il faut entendre par :

Frais de rapatriement : les frais supplémentaires de transport résultant d'un accident garanti en cas de rapatriement sanitaire de l'Assuré alors qu'il effectue un voyage professionnel ou d'agrément. Le rapatriement est jugé nécessaire lorsqu'un médecin qualifié certifie que les conditions sanitaires locales sont insuffisantes pour soigner l'Assuré ou que son état ne lui permet plus d'envisager un voyage retour dans les conditions initialement prévues. Il appartient au médecin de déterminer le moyen de transport le mieux adapté à l'état de l'Assuré pour son rapatriement sanitaire.

Frais de recherche et de secours : les frais occasionnés par les opérations de recherche, de sauvetage et de transport et engagés par des sauveteurs ou par des organismes publics ou privés lors de tout accident mettant ou pouvant mettre en péril la vie de l'Assuré. Par transport, on entend le transport de l'Assuré du lieu du sauvetage jusqu'à la localité la plus proche ou si son état nécessite une hospitalisation jusqu'à la clinique ou l'hôpital le plus proche.

Franchise : Montant des frais engagés par l'Assuré que l'Assureur ne prendra jamais en charge. Cette franchise est exprimée en euros.

4.2 PRESTATIONS GARANTIES

En cas de rapatriement sanitaire, l'Assureur prend en charge les frais de transport dus à ce rapatriement.

La garantie intervient en complément des frais que l'Assuré aurait engagés pour son retour tel qu'il était initialement prévu et à concurrence de la somme mentionnée aux Conditions Particulières.

Cette indemnité intervient le cas échéant en complément des prestations versées par le Régime Obligatoire ou tout autre régime de prévoyance sans que l'Assuré puisse percevoir au total un montant supérieur à ses débours réels.

Pour les frais de recherche, de secours et de transport le remboursement de l'Assureur ne pourra s'effectuer que sur présentation de la demande émanant des sauveteurs ou des organismes publics ou privés, avec le détail des dépenses encourues. La prise en charge des frais engagés dont le remboursement est demandé

à l'Assuré sera effectuée à concurrence de la somme mentionnée aux Conditions Particulières.

5. OPTION ASSISTANCE

Les garanties d'assistance sont définies dans l'Annexe 2 « CS Assistance ADP ».

6. INDEMNITES JOURNALIERES EN CAS D'HOSPITALISATION SUITE A ACCIDENT

6.1 Définitions spécifiques

Pour l'application de la présente garantie, il faut entendre par :

Hospitalisation : Tout séjour de plus de 3 jours consécutifs dans un établissement hospitalier ou une clinique :

- ▲ habilité à pratiquer des actes et des traitements médicaux auprès de personnes accidentées ou malades et,
- ▲ possédant les autorisations administratives locales autorisant ces pratiques ainsi que le personnel médical nécessaire et qualifié, ou bien lorsque l'assuré bénéficie d'un service "d'hospitalisation à domicile" (H.A.D.) suite à un accident garanti.

Franchise : Durée exprimée en nombre de jours consécutifs et qui s'applique à compter du premier jour d'hospitalisation. Toute hospitalisation dont le nombre de jours est inférieur ou égal à la franchise ne donne jamais lieu à indemnisation. **Cette franchise est relative** : toute hospitalisation dont le nombre de jours est supérieur à la franchise est indemnisée à compter du premier jour. La période d'indemnisation débute au premier jour d'hospitalisation.

6.2 Prestations garanties

Lorsque l'Assuré à la suite d'un accident garanti est hospitalisé sur prescription médicale, l'Assureur verse une indemnité journalière dont le montant, la franchise et la durée sont indiquées au tableau de garantie figurant dans la présente Notice d'information.

Si l'Assuré, pour le même accident, doit être transféré d'un établissement hospitalier à un autre, le transfert ne sera pas considéré comme une interruption de garantie s'il est effectué sous surveillance médicale ou s'il n'excède pas 48 heures.

6.3 Exclusions spécifiques

SONT EXCLUS :

1. LES EXAMENS PERIODIQUES DE CONTROLE OU D'OBSERVATION ;
2. LES CURES THERMALES, HELIOMARINES, DE THALASSOTHERAPIE, DE REPOS, DE SOMMEIL, DE DESINTOXICATION, DIETETIQUES ;
3. LES TRAITEMENTS ET INTERVENTIONS CHIRURGICALES A BUT ESTHETIQUE, NON CONSECUITIFS A UN ACCIDENT GARANTI ;
4. LES SEJOURS EN MAISON D'ASSISTANCE, ASILE OU SERVICE DE GÉRONTOLOGIE.

6.4 Paiement des prestations

Ces indemnités sont versées mensuellement, à terme échu.

6.5 Non-cumul des garanties

Lorsque deux accidents entraînent une hospitalisation, pendant une même période, les indemnités journalières souscrites ne sont pas cumulables.

7. ACCOMPAGNEMENT PSYCHOLOGIQUE SUITE A ACCIDENT

Le contrat garantit le remboursement des honoraires de consultations pour accompagnement psychologique prescrits par une autorité médicale compétente à la suite d'un accident corporel garanti, dans la limite du montant maximum mentionné au tableau de garantie figurant dans la présente Notice d'information.

En aucun cas il n'y aura de prise en charge de l'accompagnement psychologique en cas de maladie psychologique antérieurement avérée ou en cours de traitement.

Le remboursement de l'Assureur sera effectué au fur et à mesure de la production des justificatifs et interviendra, s'il y a lieu, en complément des remboursements effectués par des organismes sociaux ou régimes de prévoyance auxquels l'Assuré est affilié sans que ce dernier ne puisse percevoir au total un montant supérieur à celui de ses débours réels.

8. FRAIS DE TRAITEMENT SUITE A ACCIDENT

8.1 Définitions spécifiques

Pour l'application de la présente garantie, il faut entendre par :

Frais de traitement : Les frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques, d'hospitalisation, de prothèse et de chirurgie réparatrice, ainsi que de transport médicalisé si l'état de l'Assuré exige une hospitalisation ou des soins de rééducation.

Franchise : Montant des frais engagés par l'assuré que nous ne prendrons jamais en charge.
Cette franchise est exprimée en euros.

8.2 Prestations garanties

Sont seuls indemnisés les frais de traitement consécutifs à un accident garanti, effectués sur prescription médicale et dispensés par des praticiens munis des diplômes exigés par les pouvoirs publics. Ces indemnités interviennent, le cas échéant, en complément des prestations de même nature versées par la Sécurité Sociale ou tout autre régime de prévoyance collective ainsi que toute autre assurance souscrite antérieurement au présent contrat, sans que l'assuré puisse percevoir au total un montant supérieur à ses débours réels.

9. EXCLUSIONS COMMUNES

SONT EXCLUS :

- A LA GUERRE CIVILE OU ETRANGERE, DECLAREE OU NON,
- B LES EFFETS DIRECTS OU INDIRECTS D'EXPLOSIONS OU DE DEGAGEMENTS DE CHALEUR OU D'IRRADIATIONS, PROVENANT DE LA MUTATION DE NOYAUX D'ATOMES, TOUTEFOIS LA GARANTIE RESTE ACQUISE LORSQUE CES LESIONS SONT CAUSEES PAR UNE MANIPULATION INCORRECTE OU UN FONCTIONNEMENT DEFECTUEUX D'APPAREILS MEDICAUX AU COURS D'UNE THERAPIE A BASE DE RADIATIONS IONISANTES PRATIQUEE PAR UN MEMBRE DU CORPS MEDICAL AUTRE QUE L'ASSURE LUI-MEME,
- C LE SUICIDE OU LA TENTATIVE DE SUICIDE, AINSI QUE TOUTE LESION CAUSEE OU PROVOQUEE INTENTIONNELLEMENT PAR L'ASSURE OU LE BENEFICIAIRE,
- D LES AFFECTIONS DE TYPE PUREMENT PSYCHIATRIQUE, LES MALADIES MENTALES, LA DEPRESSION NERVEUSE SOUS TOUTES SES FORMES, L'ALIENATION MENTALE,
- E LA PARTICIPATION ACTIVE DE L'ASSURE A DES RIXES, SAUF CAS DE LEGITIME DEFENSE, DES EMEUTES, DES ATTENTATS, DES ACTES DE TERRORISME OU DE SABOTAGE,
- F L'USAGE DE DROGUES, STUPEFIANTS OU PRODUITS TOXIQUES NON PRESCRITS MEDICAMENTEUX,
- G LES ACCIDENTS DE LA ROUTE DONT L'ASSURE EST VICTIME LORSQU'IL EST CONDUCTEUR D'UN VEHICULE A MOTEUR ET QUE SON ALCOOLEMIE EST EGAL A OU SUPERIEURE A LA LIMITE FIXEE PAR LA REGLEMENTATION ROUTIERE FRANCAISE EN VIGUEUR AU JOUR DU SINISTRE,
- H LA NAVIGATION AERIENNE EN QUALITE DE :
 - PILOTE OU PERSONNEL NAVIGANT,
 - PASSAGER SAUF SUR LES LIGNES COMMERCIALES EXPLOITEES PAR LES COMPAGNIES AGREES EFFECTUER LE TRANSPORT PUBLIC DE PERSONNES.

I L'USAGE PAR L'ASSURE, A TITRE DE PASSAGER OU DE CONDUCTEUR, D'UN VEHICULE A 2 OU 3 ROUES D'UNE CYLINDREE SUPERIEURE A 125 CM3,

J LA PARTICIPATION A DES EPREUVES DE VITESSE, DES ESSAIS OU DES COMPETITIONS NECESSITANT L'UTILISATION D'ENGINS A MOTEUR,

K LA REVENTE DU BIEN IMMOBILIER :

- ENTRE CONJOINTS DE DROIT OU DE FAIT, ASCENDANTS OU DESCENDANTS DE L'ASSURE, SAUF ACCORD EXPRES DE L'ASSUREUR, ET CE, MEME EN CAS DE CAS DE COMPENSATION FINANCIERE OU AUTRE FORME DE DEDOMMAGEMENT,
- LIEE A UNE SAISIE PAR DECISION DE JUSTICE, ET/OU DE SAISIE IMMOBILIERE,
- OCCUPE A LA DATE DE SIGNATURE DE L'ACTE NOTARIE DE REVENTE,
- NON REALISEE DANS LES 18 MOIS QUI SUIVENT LA DATE DE SURVENANCE DE L'EVENEMENT GENERATEUR,
- POUR LAQUELLE L'ASSURE REFUSE UNE OFFRE AU MOINS EGAL A LA PRIX D'ACHAT DU BIEN IMMOBILIER LORS DU PROCESSUS DE REVENTE.

L DE PLUS SI L'ASSURE A LA DATE DE SIGNATURE DE L'ACTE NOTARIE D'ACHAT EST :

- INFORME OFFICIELLEMENT PAR SON EMPLOYEUR D'UNE MUTATION ULTERIEURE,
- EN PREAVIS DE LICENCEMENT
- EN PROCEDURE DE LIQUIDATION JUDICIAIRE DE SON ENTREPRISE,

EN PROCEDURE DE DIVORCE/DISSOLUTION DU PACS

LA GARANTIE N'EST PAS ACQUISE POUR L'EVENEMENT GENERATEUR CONCERNE.

EST DECHU DU BENEFICE DE LA GARANTIE TOUT ASSURE QUI AURAIT PROVOQUE VOLONTAIREMENT LE SINISTRE.

M LES PERTES, DOMMAGES OU PREJUDICES RESULTANT D'UNE FAUTE INTENTIONNELLE OU DOLOSOUE DU PRENEUR D'ASSURANCE ET/OU DE L'ASSURE OU COMMIS AVEC LEUR COMPLICITE

N LES PERTES, DOMMAGES OU PREJUDICES RESULTANT DE VICES, DEFECTUOSITES, IMPERFECTIONS QUI EXISTAIENT A LA SOUSCRITION DU CONTRAT ET QUI ETAIENT CONNUS DE L'ASSURE.

O TOUS DOMMAGES, PERTES, FRAIS OU COUTS DE QUELQUE NATURE QUE CE SOIT, CAUSES DIRECTEMENT OU INDIRECTEMENT PAR UNE REACTION NUCLEAIRE, UN RAYONNEMENT NUCLEAIRE OU UNE CONTAMINATION NUCLEAIRE, INDEPENDAMMENT DE TOUTE AUTRE CAUSE POUVANT CONTRIBUER AU DOMMAGE OU L'OCCASIONNER, ET CE QUEL QUE SOIT L'ORDRE DE SURVENANCE DES CAUSES.

P DES LORS QU'ILS RESULTENT D'UN PROGRAMME OU D'UN ENSEMBLE DE PROGRAMMES INFORMATIQUES CONCUS OU UTILISES DE FACON MALVEILLANTE OU UTILISES PAR ERREUR SONT EXCLUS :

LES DOMMAGES DE TOUTE NATURE AUX DONNEES SUR TOUS SUPPORTS INFORMATIQUES (Y COMPRIS EN COURS DE TRANSMISSION ET DE TRAITEMENT), AINSI QUE LES ATTEINTES A LA DISPONIBILITE, L'AUTHENTICITE, L'INTEGRITE OU LA CONFIDENTIALITE DE CES INFORMATIONS ET/OU DONNEES;

AINSII QUE LEURS CONSEQUENCES IMMATERIELLES ET FINANCIERES

10. EFFET ET DUREE DE CHAQUE ADHESION

L'adhésion prend effet dès accord mutuel et après le paiement de la Cotisation à l'Assureur. Les mêmes dispositions s'appliquent à tout avenant.

Les garanties Accident prennent effet à la date d'effet du contrat.

A compter de sa prochaine Echéance principale, l'adhésion se renouvellera d'année en année par tacite reconduction, sauf dénonciation par lettre recommandée moyennant un préavis de deux mois avant l'Echéance principale de l'adhésion. L'Echéance principale est la date figurant au certificat d'adhésion. Les garanties du contrat seront modifiées de plein droit et sans autre avis à l'échéance principale qui suit le 70^{ème} anniversaire de l'Assuré pour les garanties relatives à l'accident.

11. DECLARATIONS

Le contrat est établi d'après les déclarations du Preneur d'assurance et de l'Assuré, la Cotisation est fixée en conséquence.

11.1 A LA SOUSCRIPTION

Le Preneur d'assurance ainsi que l'Assuré doivent répondre exactement et par écrit, sous peine de sanctions prévues à l'article 13.4 de la présente notice, aux questions que l'Assureur leur aura posées dans le certificat d'adhésion.

11.2 EN COURS DE CONTRAT

Le Preneur d'assurance ou, à défaut l'Assuré, doit déclarer toute modification du risque tel qu'il a été présenté dans le certificat d'adhésion sous peine des sanctions prévues à l'article 13.4 de la présente notice.

11.3 AUTRES ASSURANCES

Si un ou plusieurs risques assurés par le contrat sont ou viennent à être couverts par une autre assurance, le Preneur d'assurance et l'Assuré doivent en faire immédiatement la déclaration à l'Assureur et lui indiquer, lors de cette communication, le nom de l'Assureur avec lequel une autre assurance a été contractée, ainsi que les sommes assurées (art. L. 121-4 du Code).

12. RESILIATION

L'adhésion est résiliable en cas de :

Par l'Assuré ou par l'Assureur :

- modification ou de cessation de risque (article L. 113-6 du Code) ;

Par l'Assuré :

- chaque année, à la date d'Échéance principale moyennant préavis de deux mois au moins ;

Par l'Assureur :

- à la date d'Échéance principale, moyennant préavis de deux mois au moins, étant précisé que

cette faculté de résiliation ne peut s'exercer que durant les deux premières années d'assurance ;

en cas de non-paiement des Cotisations (article L. 113-3 du Code) ;

en cas d'omission ou d'inexactitude dans la déclaration du risque ou en cours de contrat (article L. 113-9 du Code) ;

en cas d'aggravation du risque (article L. 113-4 du Code) ;

après Sinistre, l'Assuré ayant alors le droit de résilier les autres contrats qu'il a souscrit auprès de l'Assureur (article R. 113-10 du Code) ;

résiliation du contrat auquel la présente adhésion est liée.

L'information de cette résiliation relève des obligations du preneur d'assurance.

Formes de la résiliation : lorsque l'Assuré a la faculté de résilier le contrat, il peut le faire soit par lettre recommandée ou envoi recommandé électronique, avec récépissé, adressé(e) au siège social de l'Assureur, soit par une déclaration au siège social de l'Assureur, ou à son représentant légal, en demandant qu'un récépissé soit délivré, par une notification faite par un huissier signifiée au siège social de l'Assureur. Lorsque l'assureur décide de résilier le contrat, la notification est faite à l'Assuré par lettre recommandée adressée à son dernier domicile connu.

13. OBLIGATIONS DE L'ASSURE

L'Assuré ou le Bénéficiaire doit dès qu'il a connaissance de la survenance d'un Accident garanti et au plus tard dans les 5 jours ouvrés, en aviser l'Assureur et joindre à sa déclaration un dossier complet comprenant :

- les références de son adhésion,
- les dates et circonstances exactes de l'Accident avec copie du constat amiable ou procès-verbal de police,
- en cas de décès, le certificat de décès attestant qu'il s'agit d'un Accident et les documents légaux établissant la qualité du Bénéficiaire, ainsi que les coordonnées du notaire chargé de la succession.
- en cas d'incapacité permanente, le certificat médical du médecin ayant examiné l'Assuré accompagné de ses commentaires sur les suites et conséquences probables des lésions constatées.
- en cas d'arrêt de travail, de frais médicaux : le certificat du médecin, du chirurgien ou du centre hospitalier appelé à donner les premiers soins, décrivant les blessures et fixant la durée prévisible de l'arrêt d'activité.
- Un certificat médical de prolongation, si l'Assuré n'est pas en mesure de reprendre son activité à la date fixée par le précédent certificat, ce certificat devant parvenir à l'Assureur dans un délai de 10 jours suivant la date d'expiration du précédent certificat.

Justifications à apporter : L'Assuré ou le Bénéficiaire doit apporter la preuve de l'existence et de l'étendue du Sinistre. Il doit fournir spontanément, et au plus tard dans le délai d'un mois suivant la demande, tous renseignements et attestations, et tous autres compléments d'information demandés.

A défaut, sauf cas fortuit ou de force majeure, le Bénéficiaire serait déchu de tout droit à indemnité pour le Sinistre en cause, si L'Assureur établit l'existence d'un préjudice consécutif à ce retard.

13.1 CONTROLE DE L'ASSUREUR

Les médecins désignés par l'Assureur doivent, sauf opposition justifiée, avoir libre accès auprès de l'Assuré, afin de constater son état. Les représentants doivent également pouvoir effectuer toutes vérifications nécessaires.

Le refus par l'Assuré de se conformer à ces obligations, après l'envoi d'une lettre recommandée de mise en demeure, entraîne la Déchéance de tout droit aux prestations pour le Sinistre en cause.

13.2 PAIEMENT DES PRESTATIONS

Les prestations, fixées d'après leur valeur au jour du Sinistre, sont versées dans les 30 jours, soit de l'accord amiable, soit de la décision judiciaire exécutoire, sous réserve de dispositions contraires indiquées par ailleurs. Le délai, en cas d'opposition, ne court que du jour de la mainlevée. A défaut et sauf cas fortuit ou de force majeure, l'indemnité portera, à compter de l'expiration de ce délai, intérêt au taux légal.

13.3 EXPERTISE

En cas de désaccord sur l'existence, les causes ou les conséquences d'un Sinistre, chaque partie désignera un médecin pour lui soumettre le différend. S'il y a divergence de vues entre les deux médecins, ils en désigneront un 3^e pour les départager. Faute par l'une des parties de nommer son médecin, ou par les deux médecins de s'entendre sur le choix du 3^eème, la désignation sera effectuée, à la requête de la partie la plus diligente, par le Président du Tribunal Judiciaire compétent du lieu où l'Accident s'est produit, ou du domicile de l'Assuré. Les 3 médecins opéreront en commun et à la majorité des voix.

Chaque partie paiera les frais et honoraires du médecin désigné par elle et, s'il y a lieu, la moitié de ceux du 3^e médecin et des frais de sa nomination.

13.4 SANCTIONS

Toute réticence, fausse déclaration, omission ou inexacitude dans la déclaration à la souscription ou en cours de contrat, peut être sanctionnée, même si elle a été sans influence sur le Sinistre, par

- ▲ La nullité du contrat en cas de mauvaise foi de l'Assuré (art L.113-8 du Code),
- ▲ La réduction de l'indemnité en cas de Sinistre si la mauvaise foi l'Assuré n'est pas établie : l'indemnité sera réduite en proportion des Cotisations payées par rapport aux Cotisations qui auraient été dues, si les risques avaient été exactement et complètement déclarés (art L. 113-9 du Code).

Si, sauf cas fortuit ou de force majeure, l'Assuré ou le Bénéficiaire ne se conforme pas aux dispositions ci-dessus, ou si, de mauvaise foi, il fait de fausses déclarations sur la date, la nature, les causes, les circonstances et les conséquences d'un Sinistre, emploie comme justificatifs des documents inexacts ou use de moyens frauduleux, le Bénéficiaire est entièrement déchu de tout droit aux prestations pour ce Sinistre.

Si celles-ci sont déjà réglées, elles doivent être remboursées à l'Assureur.

Dans les autres cas, l'Assureur peut réduire les prestations, proportionnellement aux dommages que le manquement peut lui causer.

Lorsque les conséquences d'un Accident sont aggravées par un manque de soins dû à la négligence de l'Assuré, ou par un traitement empirique, les prestations seront fixées d'après les conséquences qu'aurait eues l'Accident chez une personne soumise à un traitement médical.

14. PRESCRIPTION – SUBROGATION- ELECTION DE DOMICILE

14.1 PRESCRIPTION

Conformément à l'article L. 114-1 du Code des assurances : « Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Par exception, les actions dérivant d'un contrat d'assurance relatives à des dommages résultant de mouvements de terrain consécutifs à la sécheresse-réhydratation des sols, reconnus comme une catastrophe naturelle dans les conditions prévues à l'article L. 125-1, sont prescrites par cinq ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1. En cas de réticence, omission, déclaration fausse 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 ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2^e, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré. »

Conformément à l'article L.114-2 du Code des assurances:

« 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 ou d'un envoi recommandé électronique avec accusé de réception, adressés 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 ».

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription auxquelles se réfère l'article L. 114-2 du Code des assurances sont :

La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait :

Article 2240 du Code civil : « La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription. »

La demande en justice, même en référé, y compris lorsqu'elle est portée devant une juridiction incomptente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure :

Article 2241 du Code civil : « La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion.

Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incomptente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure. »

Article 2242 du Code civil : « L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance. »

Article 2243 du Code civil : « L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périr l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée. »

Une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée :

Article 2244 du Code civil : « Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée. »

Article 2245 du Code civil : « L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers.

En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu.

Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers. »

Article 2246 du Code civil : « L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution. »

14.2 SUBROGATION

L'Assureur est subrogé, dans les termes de l'article L.121-12 ou de l'article L.131-2 du Code jusqu'à concurrence de l'indemnité payée par lui, dans les droits et actions de l'Adhérent contre tous responsables du sinistre.

SI LA SUBROGATION NE PEUT PLUS, DU FAIT DE L'ASSURE, S'OPÉRER EN FAVEUR DE L'ASSUREUR, CELUI-CI EST DECHARGE DE SA GARANTIE CONTRE L'ASSURE DANS LA MESURE MEME OU AURAIT PU S'EXERCER LA SUBROGATION.

L'Assureur peut renoncer à l'exercice d'un recours contre le responsable, mais, malgré cette renonciation,

il a la faculté, sauf convention contraire, d'exercer son recours envers l'assureur du responsable.

14.3 ELECTION DE DOMICILE

Pour l'exécution du présent contrat, l'Assureur fait élection de domicile en son siège social en France. Seule est reconnue la compétence des juridictions françaises sauf disposition contraire prévue aux Conditions Personnelles

15. CLAUSE ATTRIBUTIVE DE COMPETENCE

Tout litige entre le Preneur d'Assurance ou l'Assuré et l'Assureur sur l'interprétation des clauses et conditions d'application du contrat sera soumis à la seule législation française et relèvera de la compétence exclusive des Tribunaux Judiciaires français.

16. INFORMATION DES ASSURES / TRAITEMENT DES RECLAMATIONS

Conformément à la loi 94-5 du 4 janvier 1994, la Compagnie ALBINGIA précise quels sont les différents moyens d'information dont disposent les Assurés concernant le présent contrat d'assurance.

1. L'intermédiaire d'assurance agissant en qualité de mandataire des Assurés est l'interlocuteur privilégié.

Si les Assurés souhaitent obtenir des informations supplémentaires sur le présent contrat d'assurance, son fonctionnement, ses garanties, ils peuvent contacter leur intermédiaire d'assurance, le cabinet AN3S, dont les coordonnées figurent sur les documents contractuels.

2. Contacter la Compagnie ALBINGIA

Si les Assurés ne parviennent pas à trouver une solution avec leur intermédiaire d'assurance, ils peuvent contacter la Compagnie ALBINGIA au 01.41.06.70.00. Il suffira de préciser le numéro de contrat ou de Sinistre et les Assurés seront mis immédiatement en relation avec un chargé de clientèle ou un gestionnaire Sinistre apte à répondre aux questions dans les meilleurs délais.

3. Si les Assurés souhaitent faire part de leur mécontentement à l'encontre de la Compagnie ALBINGIA ils peuvent adresser leur réclamation au Service Réclamation d'ALBINGIA qui s'engage à accuser réception de la réclamation sous 10 jours ouvrables et adresser une réponse sous 20 jours ouvrables à compter de l'envoi de l'accusé réception, sauf si la complexité nécessite un délai supplémentaire.

Toute réclamation peut être adressée soit :

Par courrier :

ALBINGIA
Service Réclamation
109/111 rue Victor Hugo
92300 – LEVALLOIS PERRET

Par courriel : reclamation@albingia.fr

4. Le recours au Médiateur de l'Assurance

Si les réponses apportées à la réclamation sont considérées comme non satisfaisantes, un recours peut être présenté au Médiateur de l'Assurance. Attention, il est à noter que ce dernier n'est compétent pour connaître que des seuls litiges touchant les particuliers. A ce titre, il faut entendre par « particulier » au sens de la directive 2011/83/UE du 25 octobre 2011 : « toute personne physique qui agit à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale, industrielle, artisanale ou libérale »

Le médiateur peut être saisi :

Par courrier :

La Médiation de l'Assurance TSA 5011075441 Paris Cedex 09

Par voie électronique en complétant le formulaire de saisine sur : www.mediation-assurance.org
Il est possible de consulter la charte de médiations sur : www.ffa-assurance.fr

5. Autorité chargé du contrôle des opérations de la Compagnie

Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR)
4 Place de Budapest
CS 92459
75436 Paris Cedex 09

17. TRAITEMENT DES DONNEES PERSONNELLES ET DE SANTE

17.1 TRAITEMENT DES DONNEES PERSONNELLES

Les informations à caractère personnel sont recueillies par ALBINGIA qui agit en qualité de Responsable de Traitement, conformément aux dispositions du Règlement (UE) 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données.

Les Données à Caractère Personnel collectées sont destinées à ALBINGIA, Responsable du Traitement ainsi qu'aux entités échangeant avec ALBINGIA à des fins de gestion et de suivi des demandes. Les personnes intervenant dans le traitement des demandes pourront Sans que l'Adhérent/ le Preneur d'Assurance ait à donner son autorisation, les Données à Caractère Personnel recueillies pourront être communiquées en tant que de besoin et au regard des finalités mentionnées aux entités échangeant avec ALBINGIA ainsi qu'à des tiers liés à ALBINGIA par contrat pour l'exécution de tâches sous-traitées nécessaires à la gestion des demandes, tels que des intermédiaires et réassureurs, sous-traitants et prestataires, dans le respect de la législation sur la protection des données à caractère personnel et dans la limite nécessaire à l'exécution des tâches qui leur sont confiées.

Dans ces limites, toutes les informations recueillies dans le cadre d'une demande sont gardées confidentielles et autant que nécessaire anonymes, seules les informations qui sont exclusivement nécessaires étant transmises aux destinataires concernés.

Les Données à Caractère Personnel collectées le sont sur la base des dispositions légales et réglementaires, de l'exercice le cas échéant du contrat et de l'usage légitime, à des fins de traitement des demandes générales, de passation ou de gestion des contrats et d'indemnisation, ou encore de gestion des relations commerciales ou de lutte contre la fraude. Les données ainsi collectées ne seront pas traitées, ni transmises pour d'autres finalités.

Par ailleurs, l'Adhérent/ le Preneur d'Assurance est informé qu'en vue de satisfaire aux obligations légales et réglementaires, ALBINGIA peut être amené à communiquer des informations à des autorités administratives ou judiciaires habilitées.

En application de la réglementation et en particulier du Règlement européen 2016/679, l'Adhérent/ le Preneur d'Assurance dispose d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement et de limitation des informations qui le concernent, en justifiant de son identité en écrivant à l'adresse suivante : ALBINGIA - Délégué à la protection des données (DPD) - 109/111 rue Victor Hugo, 92300 - LEVALLOIS PERRET ou par mail : dpd@albingia.fr.

L'Adhérent/le Preneur d'Assurance peut également, pour des motifs légitimes, s'opposer au traitement des données le concernant.

Les Données à Caractère Personnel collectées seront conservées pendant la durée du contrat le cas échéant, augmentée des durées de prescriptions en matière, notamment, de gestion des contrats et d'indemnisation, ou pour une durée de 3 (TROIS) ans suivant l'année durant laquelle a été formulée une demande si celle-ci n'est pas suivie d'un engagement. À l'issue de la durée de conservation prévue, les Données à Caractère Personnel font l'objet d'une suppression ou d'une anonymisation.

En cas de contestation, l'Adhérent/le Preneur d'Assurance dispose du droit de saisir la Commission Nationale Informatique et Libertés. En cas de décès, et en l'absence de directives de l'Adhérent/le Preneur d'Assurance, les héritiers disposent d'un droit de s'opposer à la poursuite des traitements des données ou de faire procéder à leur mise à jour.

17.2 TRAITEMENT DES DONNEES DE SANTE

Par la signature du contrat d'assurance, l'Adhérent / Preneur d'Assurance accepte que les données de santé transmises fassent l'objet d'un traitement par l'Assureur, en sa qualité de responsable de traitement. L'Assureur peut être amené à traiter les données personnelles relatives à la santé des assurés dans le cadre de la souscription, le suivi de contrats et/ou la gestion des sinistres. Ces données peuvent également utilisées à des fins de lutte contre la fraude à l'assurance. En aucun cas, les données de santé ne seront utilisées à des fins de prospection commerciale. Pour garantir la confidentialité de ces données de santé et le respect du secret professionnel et/ou médical, elles sont destinées exclusivement :

▲ aux collaborateurs d'Albingia spécifiquement formés au traitement des données de santé, ou

▲ au Médecin Conseil d'Albingia.

L'Adhérent / Preneur d'Assurance a la possibilité de retirer son consentement à tout moment. En cas de refus ou de retrait de son consentement, l'Assureur ne sera pas en mesure de gérer la demande de l'Adhérent ou d'instruire le sinistre déclaré. Le droit de retrait peut être exercé auprès du Délégué à la protection des données, à l'adresse suivante : dpd@albingia.fr.

18. SANCTIONS INTERNATIONALES

L'Assureur est soumis réglementairement aux respects des Sanctions Internationales, lesquelles désignent toutes mesures restrictives financières, économiques, commerciales imposées par un État ou une Organisation internationale/Supranationale notamment des Nations Unies, de décisions prises par l'Union Européenne, les Etats-Unis d'Amérique et/ou la Grande-Bretagne ou des lois ou de règlements de tous pays ou de toute juridiction pouvant leur être appliquées contre des États, territoires, personnes et/ou entités, lesquelles sanctions pouvant inclure des interdictions ou restrictions d'importations ou d'exportations (embargos), des confiscations, saisies, gels de biens ou d'avoirs, ainsi que des interdictions ou restrictions de certaines activités industrielles, commerciales ou de services, notamment financiers et assurantiels (fourniture d'un service d'assurance et/ou la couverture de certains biens et/ou certaines activités).

Les garanties du présent contrat seront automatiquement suspendues dès l'entrée en vigueur de toute Sanction Internationale. Cette suspension cesse lorsque les sanctions n'affectent plus l'obligation de l'Assureur. Aucun sinistre survenu pendant la suspension ne sera couvert.

Si le paiement d'une somme d'argent ou la fourniture d'une prestation contrevient à une ou plusieurs Sanctions Internationales, ils seront suspendus dès leur entrée en vigueur. Cette suspension s'applique notamment aux sinistres ou remboursements de primes. Les sommes dues redeviendront exigibles lorsque les sanctions n'affecteront plus l'obligation de l'Assureur. L'Assureur doit informer l'Adhérent par écrit de tout refus de prise en charge d'un sinistre en raison des Sanctions Internationales.

ANNEXE 1 : BAREME ASSUREUR

Les cas de mutilation ou d'invalidité permanente sont déterminés et indemnisés comme suit :

INVALIDITE PERMANENTE TOTALE	INVALIDITE PERMANENTE PARTIELLE "TETE"
Perte totale des deux yeux	100 %
Aliénation mentale incurable et totale	100 %
Perte des deux bras ou des deux mains	100 %
Surdité totale des 2 oreilles, d'origine traumatique	100 %
Ablation de la mâchoire inférieure	100 %
Perte de la parole	100 %
Perte d'un bras et d'une jambe	100 %
Perte d'un bras et d'un pied	100 %
Perte d'une main et d'une jambe	100 %
Perte d'une main et d'un pied	100 %
Perte des deux jambes	100 %
Perte des deux pieds	100 %

INVALIDITE PERMANENTE PARTIELLE					
"MEMBRES SUPERIEURS"		Droit	Gauche	"MEMBRES INFERIEURS"	
Perte d'un bras ou d'une main		60 %	50 %	Amputation de cuisse : moitié supérieure	60 %
Perte de substance osseuse étendue du bras (lésion définitive et incurable)		50 %	40 %	. moitié inférieure et de jambe	50 %
Paralysie totale du membre supérieur (lésion incurable des nerfs)	65 %	55 %		Perte totale du pied : désarticulation tibio-tarsienne	45 %
Paralysie complète du nerf circonflexe	20 %	15 %		Perte partielle du pied :	
Ankylose de l'épaule	40 %	30 %		. désarticulation sous-astragallienne	40 %
Ankylose du coude en position favorable 15° autour de l'angle droit	25 %	20 %		. désarticulation médiо-tarsienne	35 %
. défavorable	40 %	35 %		. désarticulation tarso-métatarsienne	30 %
Perte de substance osseuse étendue des deux os de l'avant-bras (lésion définitive et incurable)	40 %	30 %		Paralysie :	
Paralysie complète du nerf médian	45 %	35 %		. totale du membre inférieur : lésion incurable des nerfs	60 %
Paralysie complète du nerf radial				. complète du nerf sciatique poplité externe	30 %
. à la gouttière de torsion	40 %	35 %		. complète du nerf sciatique poplité interne	20 %
. à l'avant-bras	30 %	25 %		. complète des 2 nerfs sciatiques poplité externe & interne	40 %
. à la main	20 %	15 %		Ankylose :	
Paralysie complète du nerf cubital	30 %	25 %		. de la hanche	40 %
Ankylose du poignet en position favorable : dans la rectitude et en pronation	20 %	15 %		. du genou	20 %
. défavorable (flexion ou extension forcée ou en supination)	30 %	25 %		Perte de substance osseuse étendue :	
Perte				. de la cuisse ou des deux os de la jambe état incurable	60 %
. totale du pouce	20 %	15 %		. de la rotule avec gros écartement des fragments	
. partielle du pouce : phalange unguéale	10 %	5 %		et gêne considérable des mouvements d'extension	
Ankylose totale du pouce	20 %	15 %		de la jambe sur la cuisse	40 %
Amputation totale de l'index	15 %	10 %		Perte de substance osseuse de la rotule avec	
. de deux phalanges de l'index	10 %	8 %		conservation des mouvements	
. de la phalange unguéale de l'index	5 %	3 %		Raccourcissement du membre inférieur :	
. simultanée du pouce et de l'index	35 %	25 %		. d'au moins 5 cm	30 %
. du pouce et d'un doigt sauf l'index	25 %	20 %		. de 3 à 5 cm	20 %
. de 2 doigts sauf le pouce & l'index	12 %	8 %		. de 1 à 3 cm	10 %
. de 3 doigts sauf le pouce et l'index	20 %	15 %		Amputation	
. de 4 doigts y compris le pouce	45 %	40 %		. totale de tous les orteils	25 %
. de 4 doigts le pouce étant conservé	40 %	35 %		. de quatre orteils dont le gros orteil	20 %
. du médius	10 %	8 %		. de quatre orteils	10 %
. d'1 doigt sauf le pouce, index & médius	7 %	3 %		Amkylose du gros orteil	10 %
				. Amputation de deux orteils	5 %
				. Amputation d'un orteil (autre que le gros)	3 %

▲ Si l'Assuré est gaucher, les indemnités prévues pour les membres supérieurs sont interverties.

▲ L'invalidité fonctionnelle, totale ou partielle d'un membre ou organe est assimilée à la perte totale ou partielle.

▲ Les Invalidités non énumérées au barème ci-dessus seront fixées à dire d'expert.

ANNEXE 2 : CS Assistance ADP

Protocole : MAF 621 338

1. Définitions

Accident

Toute lésion corporelle provenant de l'action violente, soudaine et imprévisible d'une cause extérieure. Les intoxications alimentaires sont assimilées à des accidents.

Bénéficiaire

Toute personne ou groupe de personnes ayant souscrit la présente convention, proposée à la souscription du contrat d'assurance "Assurance des Personnes" ainsi que le Collaborateur et les Elus Locaux.

Collaborateur

Personne exerçant habituellement son activité professionnelle pour le compte du Souscripteur.

Disposition spéciale pour les élus locaux

En cas d'évènement majeur requérant la présence de l'élue dans le cadre de son mandat électif.

Domicile

Lieu de résidence principale et habituel du bénéficiaire situé en Europe.

Epidémie

Maladie contagieuse dont la propagation constitue une épidémie selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) ou l'autorité sanitaire compétente du pays de Domicile du Bénéficiaire.

Etranger

Tout pays, à l'exclusion du pays du Domicile et des Pays non couverts.

Europe

Union européenne (espace Schengen).

Événement aléatoire

Toute circonstance imprévisible, extérieure à l'Assuré et indépendante de sa volonté.

Frais médicaux d'urgence

Frais pharmaceutiques, chirurgicaux, de consultation et d'Hospitalisation, prescrits par une autorité médicale compétente, nécessaires au diagnostic et au traitement d'une Maladie ou consécutifs à un Accident corporel.

Hospitalisation

Tout séjour de plus de 24 heures, dans un établissement de soins public ou privé, dès lors que ce séjour a pour objet la mise en observation, le traitement médical ou chirurgical d'une maladie imprévue ou de lésions résultant d'un accident.

Maladie

- Maladie : altération de l'état de santé médicalement constatée.
- Maladie chronique : maladie qui évolue lentement et se prolonge.
- Maladie grave : maladie mettant en jeu le pronostic vital à court terme (soit dans un délai d'une semaine).

Médecin

Toute personne titulaire d'un diplôme de doctorat en médecine légalement reconnu dans le pays où elle exerce habituellement son activité professionnelle.

Membre de la famille

Conjoint de droit ou de fait, ascendant au premier degré, descendant au premier degré, frère, sœur, oncle, tante, nièce, neveu, beau-frère, belle-sœur, gendre, belle-fille, beau-père, belle-mère, tuteur légal, du Bénéficiaire ou la personne placée sous la tutelle du Bénéficiaire.

Pays non couverts

Corée du Nord. La liste mise à jour des pays exclus, est disponible sur le site d'AWP France SAS à l'adresse suivante : <http://paysexclus.votreassistance.fr>.

Pandémie

Epidémie déclarée comme pandémie par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) ou l'autorité sanitaire compétente du pays de Domicile du Bénéficiaire.

Quarantaine

Mise à l'écart, décidée par une autorité compétente, d'une personne qui a été exposée ou est susceptible d'avoir été exposée à une maladie contagieuse dont la propagation est déclarée comme Epidémie ou Pandémie.

LE CONFINEMENT QUI S'APPLIQUE PLUS LARGEMENT A UNE PARTIE OU A L'ENSEMBLE D'UNE POPULATION OU D'UNE ZONE GEOGRAPHIQUE EST EXCLU.

Souscripteur

Entreprise ou collectivité territoriale ayant adhéré à la présente Convention.

Transport

Tout déplacement non médicalisé s'effectuant par :

- train en 1^{re} classe sauf mention contraire,

- avion en classe économique,
- véhicule de location,
- taxi (pour toute distance inférieure à 50 km).

2. Prestations Assistance aux personnes

Événements couverts

L'assistance aux Personnes s'exerce en cas de maladie imprévisible, de blessure, d'accident et décès et dans les termes et limites définis dans la convention d'assistance.

Risque couvert

Déplacements professionnels ou privés n'excédants pas quatre-vingt-dix (90) jours consécutifs dans le monde entier, à l'exception des Pays non couverts.

Validité territoriale - franchise kilométrique

Les garanties d'assistance sont acquises à plus de 25 km du domicile en France et dans le monde entier.

En cas de maladie ou de blessure :

Rapatriement ou transport sanitaire du bénéficiaire malade ou blessé

- Transport, sanitaire si nécessaire, du Bénéficiaire vers le centre hospitalier le mieux adapté à son état de santé (soit dans le pays où il se trouve soit dans le pays de Domicile) par les moyens les plus appropriés.
- Lorsque l'hospitalisation n'a pas pu se faire à proximité du Domicile, le transfert vers un hôpital plus proche est pris en charge dès que l'état du Bénéficiaire le permet.
- Si l'hospitalisation à l'arrivée n'est pas indispensable, le transport du Bénéficiaire, sanitaire si nécessaire, est pris en charge jusqu'à son Domicile.

En cas de Maladie du Bénéficiaire liée à une Épidémie/Pandémie, MONDIAL ASSISTANCE peut organiser et prendre en charge son transport vers l'établissement hospitalier le plus apte à prodiguer les soins exigés par son état de santé. Si le Bénéficiaire le souhaite, MONDIAL ASSISTANCE peut organiser ensuite, dès que son état de santé le permet, le retour à son Domicile.

Les décisions sont prises en considération du seul intérêt médical du Bénéficiaire et appartiennent exclusivement aux médecins de MONDIAL ASSISTANCE en accord avec les médecins traitants locaux.

Les médecins de MONDIAL ASSISTANCE se mettent en rapport avec les structures médicales sur place et, si nécessaire, avec le médecin traitant habituel du Bénéficiaire afin de réunir les informations permettant de prendre les décisions les mieux adaptées à son état de santé.

Le rapatriement du Bénéficiaire est décidé et géré par un personnel médical titulaire d'un diplôme légalement reconnu dans le pays où ce personnel médical exerce habituellement son activité professionnelle.

Seuls, l'intérêt médical du Bénéficiaire et le respect des règlements sanitaires en vigueur, sont pris en considération pour arrêter la décision de transport, le choix du moyen de transport et le choix du lieu d'hospitalisation éventuelle.

En raison des risques pouvant mettre en danger la santé des femmes ayant atteint un stade avancé dans leur grossesse, les compagnies aériennes appliquent des restrictions, différentes selon les compagnies et susceptibles d'être modifiées sans préavis : examen médical au maximum 48 heures avant le départ, certificat médical, accord médical de la compagnie, etc.

Le transport par avion est subordonné à l'obtention des autorisations accordées par la compagnie aérienne. MONDIAL ASSISTANCE ne saurait être tenue responsable d'un retard ou d'un empêchement dans l'exécution de la prestation « Rapatriement ou transport sanitaire du Bénéficiaire » du fait de toute restriction d'une compagnie aérienne.

Si le Bénéficiaire refuse de suivre les décisions prises par le service médical de MONDIAL ASSISTANCE, il dégage MONDIAL ASSISTANCE de toute responsabilité des conséquences d'une telle initiative, notamment en cas de retour par ses propres moyens ou d'aggravation de son état de santé, et perd tout droit à prestation et indemnisation de la part de MONDIAL ASSISTANCE.

Présence auprès du bénéficiaire hospitalisé

MONDIAL ASSISTANCE organise et prend en charge à concurrence de 53 euros TTC par nuit avec un maximum de 530 euros TTC, sur justificatifs originaux, le séjour à l'hôtel d'une personne se trouvant déjà sur place et qui reste au chevet du bénéficiaire hospitalisé, dont l'état ne justifie pas ou empêche un rapatriement immédiat.

MONDIAL ASSISTANCE prend également en charge le retour de cette même personne vers son pays de résidence si elle ne peut utiliser les moyens initialement prévus.

Si l'hospitalisation doit dépasser 10 jours, et si personne ne reste au chevet du bénéficiaire, MONDIAL ASSISTANCE prend en charge les frais de transport (train 1^{re} classe ou avion classe économique) au départ de la France métropolitaine et les frais de séjour à l'hôtel d'une personne désignée par le collaborateur à concurrence de 53 euros TTC par nuit avec un maximum de 530 euros TTC.

Envoy d'un collaborateur de remplacement

MONDIAL ASSISTANCE organise et prend en charge le Transport aller-retour d'un Collaborateur désigné par le Souscripteur afin de remplacer le Collaborateur présentant une incapacité temporaire de travail d'au moins 30 jours.

Cette incapacité temporaire doit faire l'objet d'un accord entre le médecin de Mondial Assistance et le médecin traitant.

Prise en charge complémentaire ou avance des frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques, frais d'hospitalisation engagés à l'étranger.

Le bénéficiaire est affilié à un régime de Sécurité Sociale, à un organisme de prévoyance ou d'assurance :

La prise en charge des Frais médicaux à concurrence de 152 450 euros TTC vient en complément des remboursements obtenus par le collaborateur ou ses ayants droit auprès de la Sécurité Sociale ou de tout autre organisme de prévoyance ou d'assurance auquel il est affilié. Le souscripteur, le bénéficiaire ou ses ayants droit s'engagent alors à effectuer toutes les démarches nécessaires pour obtenir le remboursement de ces frais auprès des organismes de Sécurité Sociale auxquels est affilié le bénéficiaire, et à reverser immédiatement à MONDIAL ASSISTANCE toute somme perçue par lui à ce titre.

La prise en charge cesse à compter du jour où MONDIAL ASSISTANCE France est en mesure de rapatrier le Bénéficiaire.

Le bénéficiaire n'est affilié à aucun régime de Sécurité Sociale ou organisme de prévoyance ou d'assurance :

MONDIAL ASSISTANCE fait l'avance au bénéficiaire en cas d'hospitalisation onéreuse, des frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation engagés à l'étranger, à concurrence de 152 450 Euros TTC.

Cette avance est subordonnée à l'établissement d'un formulaire de reconnaissance de dette.

Le Bénéficiaire s'engage à rembourser cette avance à MONDIAL ASSISTANCE dans un délai de 3 (trois) mois à compter de sa mise à disposition. Passé ce délai, MONDIAL ASSISTANCE sera en droit d'exiger le montant de l'avance consentie augmentés des intérêts légaux.

Retour prématûre

En cas d'accident ou de maladie imprévisible et grave affectant un membre de la famille resté au pays du Domicile en Europe, MONDIAL ASSISTANCE organise et prend en charge, après accord du médecin de MONDIAL ASSISTANCE le Transport du Bénéficiaire afin de lui permettre de venir au chevet du proche.

En cas de décès d'un Membre de la famille resté au pays du Domicile en Europe, MONDIAL ASSISTANCE organise et prend en charge le Transport du Bénéficiaire, depuis le lieu de séjour jusqu'au lieu d'inhumation afin qu'il assiste aux obsèques.

A la suite du retour prématûre du Bénéficiaire collaborateur, MONDIAL ASSISTANCE organise et prend en charge son retour vers son lieu de séjour si sa mission n'était pas intégralement accomplie.

En cas de décès

Rapatriement ou transport de corps

MONDIAL ASSISTANCE organise et prend en charge le transport du corps du bénéficiaire depuis le lieu de mise en bière jusqu'au lieu d'inhumation au pays du Domicile en Europe.

MONDIAL ASSISTANCE prend en charge les frais annexes nécessaires au transport du corps, dont le coût d'un cercueil d'un modèle simple.

Ces deux (2) prestations sont également accordées en cas de décès du Bénéficiaire lié à une Epidémie/Pandémie.

Les frais de cérémonie, d'accessoires, d'inhumation ou de crémation sont à la charge des familles. Si ces frais ont été avancés par MONDIAL ASSISTANCE, le souscripteur, le bénéficiaire ou ses ayants droit s'engagent alors à effectuer le remboursement de cette avance à réception de la demande de remboursement de MONDIAL ASSISTANCE.

Remplacement du collaborateur décédé

MONDIAL ASSISTANCE organise et prend en charge Transport (aller-simple) d'une personne désignée par le souscripteur pour remplacer le Collaborateur décédé.

Autres assistances à l'étranger

Envoy de médicaments

MONDIAL ASSISTANCE prend toute mesure pour assurer la recherche et l'envoi des médicaments indispensables à la poursuite d'un traitement en cours, dans le cas où, suite à un événement imprévisible, il est impossible au bénéficiaire de se les procurer sur place ou d'obtenir leur équivalent.

MONDIAL ASSISTANCE ne peut être tenue pour responsable des délais d'acheminement des médicaments ni d'une éventuelle indisponibilité des médicaments.

Le coût de ces médicaments reste à la charge du bénéficiaire.

Transmission de messages

MONDIAL ASSISTANCE transmet les messages de caractère privé, destinés au Bénéficiaire lorsqu'il ne peut être joint directement, par exemple en cas d'hospitalisation ou laissés par lui à l'attention d'un Membre de sa famille.

En cas de perte ou de vol des effets personnels

MONDIAL ASSISTANCE effectue, en cas de perte ou de vol à l'Etranger, une avance à concurrence de 1 525 euros TTC (contre remise d'un chèque de paiement d'un montant équivalent) pour permettre au Bénéficiaire de faire face aux dépenses indispensables à l'organisation de son retour au pays du Domicile en Europe.

Paiement d'honoraires

MONDIAL ASSISTANCE prend en charge, à concurrence de 1 525 euros TTC, les honoraires des représentants judiciaires auxquels le Bénéficiaire pourrait faire appel, s'il est poursuivi pour infraction involontaire à la législation du pays Etranger dans lequel il se trouve.

Avance de la caution pénale

En cas d'infraction involontaire à la législation du pays dans lequel se trouve le Bénéficiaire, MONDIAL ASSISTANCE, effectue l'avance de la caution pénale à concurrence de 7 623 euros TTC.

Cette avance est subordonnée à l'établissement d'un formulaire de reconnaissance de dette.

Le Bénéficiaire s'engage à rembourser cette avance à MONDIAL ASSISTANCE dans un délai de 3 (trois) mois à compter de sa mise à disposition. Passé ce délai, MONDIAL ASSISTANCE sera en droit d'exiger le montant de l'avance consentie augmentés des intérêts légaux.

Si la caution pénale est remboursée avant ce délai par les autorités du pays, elle devra être aussitôt restituée à MONDIAL ASSISTANCE.

Retour différé

Objet de la garantie

La garantie a pour objet d'indemniser le Bénéficiaire en cas d'impossibilité manifeste de retour aux dates et heures initialement prévues pour son retour au Domicile consécutivement à la survenance d'un événement expressément visé à l'article « Événements garantis » de la présente garantie.

Événements garantis

Le Bénéficiaire bénéficie de l'ensemble des garanties figurant à l'article « Garanties », en cas de survenance d'un événement garanti indiqué ci-après, rendant manifestement impossible le retour aux dates et heures initialement prévues dans le cadre de son retour au Domicile.

Une Maladie liée à une Epidémie/Pandémie impliquant obligatoirement :

- ▲ soit, une hospitalisation sur place,
- ▲ soit, une consultation médicale, ainsi que l'observation d'un traitement médicamenteux ou la réalisation d'examens médicaux prescrits par un Médecin,

avec dans tous les cas, la prise en charge de tous ces actes par l'un des organismes d'assurance maladie auxquels la personne concernée est affiliée, surveillant à l'Assuré.

La Quarantaine du Bénéficiaire pendant son déplacement professionnel ou privé.

Un autre Événement aléatoire.

L'Evènement aléatoire doit :

- ▲ être indépendant de la volonté de l'organisme ou intermédiaire habilité du voyage et/ou du transporteur ;
- et
- ▲ avoir un lien de causalité direct avec l'impossibilité d'effectuer le retour aux dates et heures initialement prévues dans le cadre du retour au Domicile.

Garanties

Prolongation du déplacement professionnel ou privé :

MONDIAL ASSISTANCE rembourse, les frais d'Hébergement et de restauration consécutifs à un événement garanti visé à l'article « Événements garantis » de la présente garantie, engagés par le Bénéficiaire pour faire face temporairement à la prolongation du déplacement professionnel ou privé, ainsi que ceux des Membres de sa famille ou d'une personne Bénéficiaire l'accompagnant.

La garantie intervient uniquement en cas de retard supérieur à douze (12) heures à compter de l'heure de départ initiale figurant sur le titre de transport ou sur la convocation, communiquée par le transporteur.

Réacheminement vers le lieu de retour initial :
MONDIAL ASSISTANCE rembourse les frais de Transport engagés par le Bénéficiaire afin de rejoindre le lieu de retour précisé sur le titre de transport réservé pour son retour au Domicile.

Montant de la garantie

MONDIAL ASSISTANCE rembourse les frais mentionnés à l'article « Prolongation du déplacement professionnel ou privé » sauf en cas de Quarantaine, dans les limites suivantes :

AVEC justificatif de ces frais

150 € par jour et par Bénéficiaire pour une durée maximum de 5 jours consécutifs, soit 750 € maximum.

OU

SANS justificatif de ces frais

50 € par jour et par Bénéficiaire pour une durée maximum de 5 jours consécutifs, soit 250 € maximum.

MONDIAL ASSISTANCE rembourse les frais mentionnés à l'article « Prolongation du voyage » en cas de Quarantaine, dans les limites suivantes :

AVEC justificatif de ces frais

150 € par jour et par Bénéficiaire pour une durée maximum de 14 jours consécutifs, soit 2 100 € maximum.

OU

SANS justificatif de ces frais

50 € par jour et par Bénéficiaire pour une durée maximum de 14 jours consécutifs, soit 700 € maximum.

La garantie intervient uniquement en cas de retard supérieur à douze (12) heures à compter de l'heure de départ initiale figurant sur le titre de transport ou sur la convocation, communiquée par le transporteur.

Exclusions spécifiques à la garantie Retour différé

OUTRE LES EXCLUSIONS GENERALES, SONT EGALLEMENT EXCLUS :

- L'ENSEMBLE DES FRAIS ET DES PRESTATIONS QUI INCOMBENT LEGALEMENT A L'ORGANISME OU INTERMEDIAIRE HABILITE DU VOYAGE OU AU TRANSPORTEUR ;
- LES CONSEQUENCES DES GREVES PREALABLEMENT ANNONCEES ;
- LA NON-ADMISSION DU BENEFICIAIRE A BORD PAR LE TRANSPORTEUR, CONSECUTIVE A UN COMPORTEMENT JUGE AGRESSIF ET/OU DANGEREUX PAR LES PERSONNELS RESPONSABLES DU TRANSPORT DES PASSAGERS OU AU NON-RESPECT PAR LE BENEFICIAIRE DE L'HEURE LIMITE D'ENREGISTREMENT DES BAGAGES ET/OU DE PRESENTATION A L'EMBARQUEMENT ;

L'INOBSERVATION PAR LE BENEFICIAIRE D'INTERDICTIONS OFFICIELLES DE VOYAGER EDICTEES PAR LES AUTORITES DE SON PAYS DE DOMICILE OU DU PAYS DE DESTINATION.

Ce que le Bénéficiaire doit faire en cas de retour différé

Le Bénéficiaire doit déclarer le sinistre à MONDIAL ASSISTANCE dans les cinq (5) jours ouvrés à compter du jour où il en a eu connaissance, sauf cas fortuit ou de force majeure.

Passé ce délai, si MONDIAL ASSISTANCE subit un préjudice du fait de la déclaration tardive, l'indemnité pourra être réduite à concurrence du préjudice.

Pour une demande de remboursement :

Afin de bénéficier du remboursement des frais avancés par le Bénéficiaire avec l'accord de MONDIAL ASSISTANCE, le Bénéficiaire doit communiquer à MONDIAL ASSISTANCE tous les justificatifs permettant d'établir le bien-fondé de sa demande :

soit, par courrier à l'adresse suivante :

AWP France SAS

Service Relations Clientèle - RELAC01

7 rue Dora Maar - CS 60001

93488 Saint-Ouen Cedex

soit, par téléphone,

du lundi au vendredi de 9h00 à 17h30 (Fuseau horaire France métropolitaine) :

Depuis la France :

au n° **01 42 99 08 83*** ou

Hors de France :

au n° **00 33 1 42 99 08 83***

*numéros non surtaxés

Les prestations qui n'ont pas été demandées préalablement et qui n'ont pas été organisées par les services de MONDIAL ASSISTANCE, ne donnent pas droit à remboursement ni à indemnité compensatoire.

Justificatifs à fournir

IMPORTANT

Il appartient au Bénéficiaire de prouver que toutes les conditions requises pour la mise en œuvre de la présente garantie « Retour différé » sont réunies à l'appui des pièces justificatives visées ci-dessous.

Ces documents et toutes les informations fournies par le Bénéficiaire permettront de justifier le dommage subi et d'évaluer le montant de l'indemnisation due.

En cas d'absence de justificatifs ou si les justificatifs fournis ne prouvent pas la matérialité du dommage, MONDIAL ASSISTANCE est en droit de refuser la demande de remboursement du Bénéficiaire.

RETOUR DIFFERE	JUSTIFICATIFS A FOURNIR	
DANS TOUS LES CAS	<ul style="list-style-type: none"> - les originaux des titres de transport non utilisés <p>Dans tous les cas :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les justificatifs originaux des frais engagés (frais d'Hébergement, frais de restauration) - après examen du dossier, tout autre justificatif à la demande de Mondial Assistance 	
Prolongation du Voyage	En cas de Maladie liée à une Epidémie/Pandémie	<ul style="list-style-type: none"> - le cas échéant, les ordonnances du traitement médicamenteux - le cas échéant, le compte rendu des examens - le cas échéant, le bulletin d'hospitalisation - après examen du dossier et à la demande de Mondial Assistance : les bordereaux de remboursements de l'organisme d'assurance maladie auquel l'Assuré est affilié
	En cas de Quarantaine	<ul style="list-style-type: none"> - le justificatif délivré par les autorités sanitaires locales compétentes
	En cas de tout autre Evénement aléatoire	<ul style="list-style-type: none"> - le justificatif de l'Événement aléatoire rendant impossible le retour aux dates et heures initialement prévues pour le voyage
	Dans tous les cas :	<ul style="list-style-type: none"> - la facture des titres de transport rachetés
Réacheminement vers le lieu de retour initial	En cas de Maladie liée à une Epidémie/Pandémie	<ul style="list-style-type: none"> - le cas échéant, les ordonnances du traitement médicamenteux - le cas échéant, le compte rendu des examens - le cas échéant, le bulletin d'hospitalisation - après examen du dossier et à la demande de Mondial Assistance : les bordereaux de remboursements de l'organisme d'assurance maladie auquel l'Assuré est affilié
	En cas de Quarantaine	<ul style="list-style-type: none"> - le justificatif délivré par les autorités sanitaires locales compétentes
	En cas de tout autre Evénement aléatoire	<ul style="list-style-type: none"> - le justificatif de l'Événement aléatoire rendant impossible le retour aux dates et heures initialement prévues pour le voyage

3. Dispositions générales

Conditions applicables aux interventions liées à un événement d'ordre médical

Dans tous les cas, la décision et les modalités de rapatriement ou de transfert vers un centre adapté appartiennent exclusivement au médecin de MONDIAL ASSISTANCE, après contact avec le médecin traitant sur place, et éventuellement la famille du Bénéficiaire. Seuls l'intérêt médical du Bénéficiaire et le respect des règlements sanitaires en vigueur sont pris en considération pour arrêter la décision de transport, le choix du moyen utilisé, et l'éventuel lieu d'Hospitalisation.

Engagements financiers de mondial assistance France

Lorsque MONDIAL ASSISTANCE organise et prend en charge un rapatriement ou un transport au pays du Domicile en Europe, il peut être demandé au Bénéficiaire d'utiliser son titre de voyage.

Lorsque MONDIAL ASSISTANCE a assuré à ses frais le retour du Bénéficiaire, il est demandé au Souscripteur, au Bénéficiaire ou à ses ayants droit, d'effectuer les démarches nécessaires au remboursement de ses titres de transport non utilisés et de reverser le montant perçu à MONDIAL ASSISTANCE, sous un délai maximum de trois mois suivant la date du retour.

Lorsque MONDIAL ASSISTANCE organise un rapatriement ou un transport, la prise en charge ne s'exerce qu'à concurrence des frais de retour supplémentaires occasionnés par l'événement ayant motivé l'appel.

En cas d'avance intégrale des frais de retour, MONDIAL ASSISTANCE se réserve le droit de demander au Souscripteur, au Bénéficiaire ou à ses ayants droit, le remboursement du montant des dépenses qu'il aurait engagées pour son retour tel qu'il était initialement prévu.

Lorsque MONDIAL ASSISTANCE a accepté le changement d'une destination fixée contractuellement, sa participation financière ne pourra être supérieure au montant qui aurait été engagé si la destination initiale avait été conservée.

En cas de prise en charge de séjour à l'hôtel, MONDIAL ASSISTANCE ne participe qu'aux frais de location de chambre réellement exposés, dans la limite des plafonds indiqués et à L'EXCLUSION DE TOUS AUTRES FRAIS.

Responsabilités

MONDIAL ASSISTANCE ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence. Le Bénéficiaire ou ses proches doivent, en cas d'urgence, prendre contact directement et en priorité avec les services locaux de secours d'urgence. MONDIAL ASSISTANCE ne sera pas tenue responsable des manquements ou contremorts à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure ou d'événements tels que guerres civiles ou étrangères, révoltes, instabilité politique notoire, représailles, embargos, sanctions économiques (Récapitulatif des mesures restrictives par pays disponible sur le site internet du Ministère de l'Economie et des Finances : <https://www.tresor.economie.gouv.fr/Ressources/actions-financieres-internationales>), mouvements

populaires, émeutes, sabotage, terrorisme, grèves, saisies ou contraintes par la force publique, interdictions officielles, explosions d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques graves et les événements imprévisibles d'origine naturelle.

Une information pour chaque pays est également disponible dans la rubrique « Conseil aux voyageurs » du site internet du Ministère des Affaires étrangères et du Développement international <http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/conseils-aux-voyageurs/conseils-par-pays/>

Elle s'efforcera néanmoins de tout mettre en œuvre pour venir en aide au Bénéficiaire.

L'organisation par le Bénéficiaire ou par son entourage de l'une des assistances énoncées dans la Convention ne peut donner lieu à remboursement que si MONDIAL ASSISTANCE a été prévenue et a donné son accord exprès.

Les frais exposés seront remboursés sur présentation des justificatifs originaux, dans la limite de ceux que MONDIAL ASSISTANCE aurait engagés pour organiser la prestation.

La responsabilité de MONDIAL ASSISTANCE concerne uniquement les services qu'elle réalise en exécution de la Convention. Elle ne sera pas tenue responsable des actes réalisés par les Prestataires intervenant auprès du Bénéficiaire en leur propre nom et sous leur propre responsabilité. Elle ne sera pas tenue responsable de l'inexécution ou de la mauvaise exécution de leurs obligations contractuelles consécutives à un cas de force majeure.

Exclusions

Exclusions générales

OUTRE LES EXCLUSIONS PREVUES A LA CONVENTION, AINSI QUE CELLES FIGURANT EVENTUELLEMENT DANS LES DEFINITIONS CONTRACTUELLES, SONT TOUJOURS EXCLUS :

1. LES FRAIS ENGAGES SANS L'ACCORD PREALABLE DE MONDIAL ASSISTANCE ;
2. LE SUICIDE OU LA TENTATIVE DE SUICIDE DU BENEFICIAIRE ;
3. LES CONSEQUENCES :

- ▲ DE L'EXPOSITION A DES AGENTS BIOLOGIQUES INFECTANTS,
- ▲ DE L'EXPOSITION A DES AGENTS CHIMIQUES TYPE GAZ DE COMBAT,
- ▲ DE L'EXPOSITION A DES AGENTS INCAPACITANTS,
- ▲ DE L'EXPOSITION A DES AGENTS RADIOACTIFS,
- ▲ DE L'EXPOSITION A DES AGENTS NEUROTOXIQUES OU A EFFETS NEUROTOXIQUES REMANENTS,

QUI FONT L'OBJET D'UNE MISE EN QUARANTAIN OU DE MESURES PREVENTIVES OU DE SURVEILLANCES SPECIFIQUES OU DE RECOMMANDATIONS DE LA PART DES AUTORITES SANITAIRES INTERNATIONALES OU DES AUTORITES SANITAIRES LOCALES ;

4. LES DOMMAGES PROVOQUES INTENTIONNELLEMENT PAR UN BENEFICIAIRE ET CEUX RESULTANT DE SA PARTICIPATION A UN CRIME, UN DELIT OU UNE RIXE, SAUF CAS DE LEGITIME DEFENSE ;

5. LES CONSEQUENCES DE :

- ▲ LA GUERRE CIVILE OU ETRANGERE, DES EMEUTES, DES MOUVEMENTS POPULAIRES, DES GREVES, DES PRISES D'OTAGE, DE LA MANIPULATION D'ARMES ;
- ▲ LA CONSOMMATION D'ALCOOL PAR UN BENEFICIAIRE ET/OU L'ABSORPTION PAR UN BENEFICIAIRE DE MEDICAMENTS, DROGUES ET DE TOUTE SUBSTANCE STUPEFIANTE MENTIONNÉE AU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE, NON PRESCRITS MEDICALEMENT ;
- ▲ LA PARTICIPATION A TOUT SPORT EXERCÉ A TITRE PROFESSIONNEL OU SOUS CONTRAT AVEC REMUNERATION, AINSI QUE LES ENTRAINEMENTS PREPARATOIRES ;

6. LES EVENEMENTS SURVENUS LORS DE LA PARTICIPATION DU BENEFICIAIRE EN TANT QUE CONCURRENT A DES COMPETITIONS SPORTIVES, PARIS, MATCHS, CONCOURS, RALLYES OU A LEURS ESSAIS PREPARATOIRES.

Exclusions spécifiques à l'assistance aux personnes

SONT EXCLUS :

7. LES CONVALESCENCES ET LES AFFECTIONS (MALADIE, ACCIDENT) EN COURS DE TRAITEMENT NON ENCORE CONSOLIDÉES ;
8. LES MALADIES PREEXISTANTES DIAGNOSTIQUÉES ET/OU TRAITÉES AYANT FAIT L'OBJET D'UNE HOSPITALISATION DANS LES SIX MOIS PRÉCEDANT LA DEMANDE D'ASSISTANCE ;
9. LES VOYAGES ENTREPRIS DANS UN BUT DE DIAGNOSTIC ET/OU TRAITEMENT ;
10. LES ETATS DE GROSSESSE, SAUF COMPLICATIONS IMPREVISIBLES ET DANS TOUS LES CAS A PARTIR DE LA 36^{EME} SEMAINE D'AMENORRHEE ;
11. LES RECHUTES DE MALADIE CONSTATEES MEDICALEMENT AVANT LA PRISE D'EFFET DE LA GARANTIE ET COMPORTANT UN RISQUE D'AGGRAVATION BRUTALE CONNU DU BENEFICIAIRE AU MOMENT DE SON DÉPART,
12. TOUTE INTERVENTION VOLONTAIRE POUR CONVENIENCE PERSONNELLE A L'ETRANGER ;
13. LES FRAIS DE SECOURS D'URGENCE, LES FRAIS DE RECHERCHE, LES FRAIS DE TRANSPORTS PRIMAIRE, A L'EXCEPTION DES FRAIS D'EVACUATION SUR PISTE DE SKI A CONCURRENCE DE 230 EUR TTC ;
14. LES CONSEQUENCES D'EMPECHEMENTS CLIMATIQUES TELS QUE TEMPETES OU OURAGANS.
15. POUR LA GARANTIE DES FRAIS MEDICAUX, CHIRURGICAUX, PHARMACEUTIQUES OU D'HOSPITALISATION A L'ETRANGER :
 - ▲ LES FRAIS CONSECUTIFS A UN ACCIDENT OU UNE MALADIE CONSTATE MEDICALEMENT AVANT

**LE DEPLACEMENT PROFESSIONNEL ;
LES FRAIS OCCASIONNÉS PAR LE TRAITEMENT D'UN ETAT PATHOLOGIQUE, PHYSIOLOGIQUE OU PHYSIQUE CONSTATE MEDICALEMENT AVANT LA PRISE D'EFFET DE LA GARANTIE A MOINS D'UNE COMPLICATION NETTE ET IMPREVISABLE ;
LES FRAIS DE PROTHESES INTERNES, OPTIQUES, DENTAIRES, ACOUSTIQUES, FONCTIONNELLES, ESTHETIQUE OU AUTRES, LES FRAIS ENGAGÉS EN FRANCE METROPOLITAINE ET DANS LES DEPARTEMENTS ET REGIONS D'OUTRE MER (DROM) ET PAYS DE RÉSIDENCE, QU'ils SOIENT OU NON CONSECUTIFS A UN ACCIDENT OU UNE MALADIE SURVENU EN FRANCE OU A L'ETRANGER ;
LES FRAIS DE CURE THERMALE ET DE SEJOUR EN MAISON DE REPOS, LES FRAIS DE REEDUCATION. LES REMBOURSEMENTS INFÉRIEURS A 16 EUR TTC, LES FRAIS DE SOINS DENTAIRES SUPÉRIEURS A 46 EUR TTC ;**

Outre les exclusions précisées dans le texte du présent contrat, MONDIAL ASSISTANCE ne peut intervenir que dans la limite des accords donnés par les autorités locales.

Prescription

Toute action dérivant du contrat d'assurance est prescrite par un délai de 2 (deux) ans à compter de l'événement qui y donne naissance, dans les conditions fixées à l'article L 114-1 du Code des assurances.

Les dispositions relatives à la prescription des actions dérivant du contrat d'assurance sont fixées par les articles L114-1 à L114-3 du Code des assurances reproduits ci-après :

Article L114-1 du Code des assurances
« Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fausse 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 jusqu'à-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 ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le Bénéficiaire est une personne distincte du Souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les Bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du Bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré. »

Article L114-2 du Code des assurances
« 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 ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressés 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 L114-3 du Code des assurances
« Par dérogation à l'article 2254 du code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci. »

Information complémentaire :

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont énoncées aux articles 2240 et suivants du Code Civil, parmi ces dernières figurent notamment : la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait, la demande en justice même en référé, l'acte d'exécution forcée.

Pour connaître l'exhaustivité des causes ordinaires d'interruption de la prescription, se reporter aux articles du Code civil précités.

Bénéficiaire peut alors saisir le médiateur indépendant dont les coordonnées sont les suivantes :

La Médiation de l'Assurance
<http://www.mediation-assurance.org>

LMA
TSA 50110

75441 Paris Cedex 09

Les entreprises d'assurance adhérentes de la FFA ont mis en place un dispositif permettant aux Bénéficiaires et aux tiers de bénéficier d'une procédure de médiation pour le règlement de leurs litiges. Ce dispositif est défini par la Charte de la Médiation de l'Assurance.

Compétence juridictionnelle

MONDIAL ASSISTANCE fait élection de domicile en son siège social : 7, rue Dora Maar – 93400 Saint-Ouen.

Les contestations qui pourraient être élevées contre MONDIAL ASSISTANCE à l'occasion de la mise en œuvre de la Convention sont exclusivement soumises aux tribunaux français compétents et toutes notifications devront être faites par courrier recommandé avec accusé de réception à l'adresse indiquée ci-dessus.

Protection des données à caractère personnel

Le traitement de données à caractère personnel est régi par la loi « Informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et le Règlement UE 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données.

Fragonard Assurances est le responsable du traitement des données à caractère personnel, recueillies en vue de la passation, la gestion et l'exécution des contrats.

Ces données sont conservées pendant la durée nécessaire à l'exécution du contrat et conformément aux dispositions relatives à la prescription. Elles sont destinées aux gestionnaires des prestations d'assistance et sont susceptibles d'être communiquées à des sous-traitants, situés hors de l'Union Européenne.

Conformément à la législation et réglementation applicables en matière de protection des données le Bénéficiaire peut exercer son droit d'accès aux données le concernant et les faire rectifier en contactant : informations-personnelles@votreassistance.fr.

Le Bénéficiaire est informé de l'existence de la liste d'opposition au démarchage téléphonique « Bloctel » sur laquelle il peut s'inscrire : <https://conso.bloctel.fr/>.

Autorité de contrôle

Les entreprises qui accordent les prestations prévues par la Convention sont soumises au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, siège au 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris CEDEX 09 - www.acpr.banque-france.fr

Loi applicable – Langue utilisée

La Convention est régie par la loi française.

La langue utilisée pour l'exécution de la Convention est le français.