

**NOTICE D'INFORMATION AU CONTRAT ASSURANCE DES PERSONNES
N° IA1800342 MONITEURS DE SPORTS**

CHAMP D'APPLICATION DES GARANTIES : Les garanties sont acquises dans le cadre de la vie professionnelle des assurés durant toutes les activités d'enseignement, d'encadrement et de repérage des activités sportives déclarées et pour lesquelles l'assuré détient un diplôme, un brevet ou une qualification professionnelle. Il est précisé que les garanties du contrat sont également acquises aux Assurés en cas d'accident survenant :

- au cours des réunions et manifestations en relation avec les activités sportives déclarées,
- sur le trajet emprunté pour se rendre sur les lieux de travail ou de pratiques sportives et en revenir,
- lors de la pratique d'activités sportives à titre de loisirs, cette garantie est accordée exclusivement pour les activités sportives enseignées dans le cadre de son métier de coach sportif et déclarées au contrat

TERRITORIALITE : La territorialité appliquée aux garanties est la suivante : Monde entier.

Tableau Montant des Garanties et des Franchises par assuré (choix de l'option correspondante précisée le cas échéant) :

Garantie	Capital / Plafond / Indemnité	Franchise
Décès suite à accident	15 000 € (majoré de 15 000 € par enfant à charge)	néant
Invalidité Permanente Totale ou partielle suite à accident (selon barème)	30 000 €	néant
Incapacité Temporaire Totale suite à accident payable pendant 180 Jours (Options 1, 2, 3, 4 et 5)	Choisir entre 25 €/j (opt. 1), 35 €/j (opt.2), 45 €/j (opt. 3), 60 €/j (opt. 4) ou 100 €/j (opt. 5)	20 jours absolue
Frais de traitement suite à accident	3 000 €	38 €
Accompagnement psychologique	5 000 €	néant
Frais de rapatriement, de recherche et de secours suite à accident:		
-France métropolitaine	10 000 € MAXI	néant
-Hors France métropolitaine	30 000 € MAXI	

Maximum garanti : - par assuré : 34 500 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 ;
- ▲ l'empoisonnement 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.

Assuré(s) : les moniteurs de sport, adhérents à l'AN3S et ayant adhéré au présent contrat.

Sont également couverts, les stagiaires titulaires du vepmsp validant leur droit à encadrer en attendant Leur diplôme final, et les stagiaires bénéficiant d'un contrat de formation en vue de l'obtention de leur diplôme final.

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 sous le nom au bulletin d'adhésion, à défaut
- ▲ le conjoint survivant de l'Assuré, non divorcé, ou non séparé de corps, à défaut
- ▲ les enfants de l'Assuré, vivants ou représentés, à défaut
- ▲ les ayants 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 recevoir une indemnité.

Échéance principale : La date qui marque le début de chaque 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. Ces fusions 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 entre deux 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 : FEDERATION 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 constitue pas l'activité principale de l'Assuré et dont ce dernier ne peut 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^{ère} division en équipe nationale ou à un niveau international.

Subrogation : (article L. 131-2 du Code) Transmission au bénéfice de l'Assuré 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 le barème Assureur figurant en page 5 de la présente Notice d'information, 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.

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. CHAMP D'APPLICATION DES GARANTIES

Les garanties sont acquises dans le cadre de la Vie professionnelle des assurés durant toutes les activités d'enseignement, d'encadrement et de repérage des activités sportives déclarées et pour lesquelles l'Assuré détient un diplôme, un brevet ou une qualification professionnelle.

L'Assuré est couvert lorsqu'il effectue des repérages pour l'activité sportive qu'il enseigne.

Il est précisé que les garanties du contrat sont également acquises aux Assurés en cas d'accident survenant :

- ▲ au cours des réunions et manifestations en relation avec les activités sportives déclarées,
- ▲ sur le trajet emprunté pour se rendre sur les lieux de travail ou de pratiques sportives et en revenir,
- ▲ lors de la pratique des activités sportives à titre de loisirs, cette garantie est accordée exclusivement pour les activités sportives enseignées dans le cadre de son métier de coach sportif et déclarées au contrat.

Les garanties sont accordées dans le Monde entier.

3. DECES SUITE A ACCIDENT

Cette garantie est accordée exclusivement suite à Accident.

3.1 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.

3.2 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.

3.3 PAIEMENT DES PRESTATIONS

Le capital est versé en une seule fois au Bénéficiaire.

4. INVALIDITE PERMANENTE SUITE A ACCIDENT

Cette garantie est accordée exclusivement suite à Accident

4.1 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 6 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 6 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 6 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 à l'article 10 de la présente notice est indemnisée intégralement selon le barème indiqué.

4.2 PRESTATIONS GARANTIES

En cas d'invalidité permanente totale il est procédé au versement du capital indiqué à l'article 10 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 6 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.

4.3 EXCLUSIONS SPECIFIQUES

SONT EXCLUS :

- LES PREJUDICES ESTHETIQUES.
- LES AFFECTIONS DE TYPE PUREMENT PSYCHIATRIQUE, LES MALADIES MENTALES, LA DEPRESSION NERVEUSE SOUS TOUTES SES FORMES, L'ALIENATION MENTALE.

4.4 PAIEMENT DES PRESTATIONS

Le capital est versé en une seule fois, dès la date de Consolidation. L'Assuré pourra demander le versement

d'une ou plusieurs avances si, à la fin des 12 mois qui suivent la déclaration de Sinistre, la Consolidation n'est pas intervenue.

5. INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE SUITE A ACCIDENT

Cette garantie est accordée suite à Accident uniquement.

5.1 DEFINITIONS

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

Incapacité Temporaire Totale : Période pendant laquelle l'Assuré suite à un Accident garanti est déclaré par décision médicale en « arrêt de travail » et dans l'impossibilité temporaire totale d'exercer sa pour laquelle il est couvert au titre du contrat.

Rechute : incapacité temporaire de travail consécutive à un Accident ayant déjà fait l'objet d'un précédent arrêt de travail pendant la période de validité des garanties du contrat.

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

Franchise : Durée exprimée en nombre de jours consécutifs et qui s'applique à compter du premier jour d'arrêt de travail. Toute incapacité temporaire dont le nombre de jours est inférieur ou égal à la franchise ne donne jamais lieu à indemnisation. Cette franchise est **absolue** : toute incapacité temporaire dont le nombre de jours est supérieur à la franchise, n'est indemnisée que pour la période excédant la durée de la franchise. La période d'indemnisation débute après expiration de la franchise.

5.2 PRESTATIONS GARANTIES

Lorsque l'Assuré, à la suite d'un Accident est déclaré en incapacité temporaire totale, Nous versons une indemnité journalière dont le montant, la franchise et la durée sont indiquées à l'article 10 de la présente notice et **ce EXCLUSIVEMENT pendant la période de garantie correspondant à l'option de garantie souscrite**.

Si l'Assuré reprend partiellement son activité professionnelle ou a recouvré dans une mesure quelconque la faculté de diriger ou de surveiller l'exploitation de son entreprise, de son commerce, de son industrie ou de son métier, le montant de l'indemnité journalière sera réduit de moitié.

Hormis les cas d'hospitalisation, si l'incapacité temporaire totale survient au cours d'un voyage à l'étranger, la prescription médicale d'arrêt de travail devra être visée par un médecin du consulat ou de l'ambassade française du pays dans lequel se trouve l'Assuré.

Sanction : en cas de non-respect de cette obligation, la garantie ne prendra effet qu'à la date de la première constatation médicale effectuée en France métropolitaine ou dans les DROM et la franchise sera décomptée à partir de cette date.

Le versement de l'indemnité journalière prend fin à la survenance du premier des faits suivants :

- ▲ dès que l'Assuré est apte à reprendre totalement son activité professionnelle, ou, s'il n'exerce pas de profession, à reprendre ses occupations habituelles,
- ▲ dès la Consolidation de son état et la fixation du taux d'invalidité permanente,
- ▲ à expiration de la durée d'indemnisation indiquée à l'article 8 de la présente notice.

En cas de rechute survenant dans un délai de trois mois suivant la reprise des activités professionnelles de l'Assuré, il ne sera pas fait application de la franchise déjà absorbée par le précédent arrêt de travail.

La durée maximale d'indemnisation telle que mentionnée à la présente notice sera minorée des journées indemnisées au titre du présent arrêt de travail. Toute rechute intervenant après ce délai de trois mois est considérée comme une nouvelle incapacité et sera par conséquent considérée comme un nouveau Sinistre.

5.3 EXCLUSIONS SPECIFIQUES

SONT EXCLUS :

- LES EXAMENS PERIODIQUES DE CONTROLE OU D'OBSERVATION.
- LES CURES THERMALES, HELIOMARINES, DE THALASSO-THERAPIE, DE REPOS, DE SOMMEIL, DE DESINTOXICATION, DIETETIQUES ;

- LES TRAITEMENTS ET INTERVENTIONS CHIRURGICALES A BUT ESTHETIQUE ;
- LES AFFECTIONS DISCO-VERTEBRALES, LEURS SUITES ET CONSEQUENCES SAUF CELLES D'ORIGINE TRAUMATIQUE OU TUMORALE SURVENANT APRES LA SOUSCRIPTION DU CONTRAT OU CELLES NECESSITANT UNE HOSPITALISATION.

5.4 PAIEMENT DES PRESTATIONS ET CUMUL

Ces indemnités sont versées mensuellement, à terme échu.

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

6. FRAIS DE TRAITEMENT SUITE A ACCIDENT

6.1 DEFINITIONS SPECIFIQUES

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 l'Assureur ne prendra jamais en charge.

Cette franchise est exprimée en euros.

6.2 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 le Régime Obligatoire 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.

6.3 EXCLUSIONS SPECIFIQUES

SONT EXCLUS :

1. LES FRAIS MEDICAUX NON PRIS EN CHARGE PAR UN REGIME OBLIGATOIRE.
2. LES FRAIS DE TRANSPORT REPETITIFS LIES A UNE AFFECTION CHRONIQUE.
3. LES TRAITEMENTS DE REEDUCATION QUI NE SERAIENT NI FONCTIONNELLE NI MOTRICE.
4. LES FRAIS DE CURE THERMALE ET DE SEJOUR EN MAISON DE REPOS.

6.4 PAIEMENT DES PRESTATIONS

Le remboursement des frais engagés est effectué au fur et à mesure de la production des justificatifs ainsi que, s'il y a lieu, des décomptes de remboursements des organismes sociaux ou régimes de prévoyance auxquels l'Assuré est affilié.

7. ACCOMPAGNEMENT PSYCHOLOGIQUE SUITE A ACCIDENT

Le contrat garantit le remboursement des honoraires de consultations pour accompagnement psychologique prescrites 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. OPTION FRAIS DE RAPATRIEMENT, DE RECHERCHE ET DE SECOURS SUITE A ACCIDENT

8.1 DEFINITIONS

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 où 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.

8.2 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 au Tableau de garantie de la présente notice d'information.

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 au Tableau de garantie de la présente notice d'information.

9. EXCLUSIONS COMMUNES A TOUTES LES GARANTIES

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 TRANSMUTATION DE NOYAUX D'ATOMES ; toutefois la garantie reste acquise lorsque ces lésions sont causées par une manipulation incorrecte ou un fonctionnement défectueux d'appareils médicaux au cours d'une thérapie à base de radiations ionisantes pratiquée par un membre du corps médical autre que l'Assuré lui-même ;
- C. LE SUICIDE OU LA TENTATIVE DE SUICIDE, AINSI QUE TOUTE LESION CAUSEE OU PROVOQUEE INTENTIONNELLEMENT PAR L'ASSURE OU LE BENEFICIAIRE ;
- D. LA PARTICIPATION ACTIVE DE L'ASSURE A DES RIXES, sauf cas de légitime défense, des émeutes, des attentats, des actes de terrorisme ou de sabotage ;
- E. L'USAGE DE DROGUES, STUPEFIANTS OU PRODUITS TOXIQUES NON PRESCRITS MEDICAMENT ;
- F. LES ACCIDENTS DE LA ROUTE DONT L'ASSURE EST VICTIME LORSQUE SON ALCOOLEMIE EST EGALÉ OU SUPERIEURE A LA LIMITÉ FIXEE PAR LA RÉGLEMENTATION ROUTIÈRE FRANÇAISE EN VIGUEUR AU JOUR DU SINISTRE ;
- G. LA NAVIGATION AERIENNE EN QUALITE DE :
 - PILOTE OU PERSONNEL NAVIGANT,
 - PASSAGER SAUF SUR LES LIGNES COMMERCIALES EXPLOITEES PAR LES COMPAGNIES AGREES POUR EFFECTUER LE TRANSPORT PUBLIC DE PERSONNES ;
- H. 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 125CM³.
- I. LA PARTICIPATION A DES EPREUVES DE VITESSE, DES ESSAIS OU DES COMPETITIONS NECESSITANT L'UTILISATION D'ENGINS A MOTEUR ;

J. 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 :

▲ 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 ; AINSI 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 renouvelera 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. ASSISTANCE

Toute demande d'assistance doit, sous peine d'irrecevabilité, être formulée par l'Assuré (ou toute personne agissant en son nom) directement et avant tout engagement de frais par téléphone :

- depuis la France : 01 40 25 58 31
 - de l'étranger : 00 33 1 40 25 58 31
- en indiquant le n° de Convention : N° 621 338, ainsi que le numéro de contrat (numéro commençant par IA suivi de 7 chiffres) indiqué sur la carte d'assistance remise à l'Assuré par le Preneur d'assurance.

12. DECLARATIONS

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

12.1 A LA SOUSCRITION

Le Preneur d'assurance ainsi que l'Assuré doivent répondre exactement et par écrit, sous peine de sanctions prévues à l'article 14.4 de la présente notice, aux questions que l'Assureur leur aura posées dans le certificat d'adhésion.

12.2 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 14.4 de la présente notice.

12.3 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 (article L. 121-4 du Code).

13. 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.

13.1 PRISE D'EFFET DE LA RESILIATION

La résiliation prend effet un mois après la date d'envoi de la notification (le cachet de la poste faisant foi), à l'exception des cas suivants :

- ▲ Résiliation pour l'échéance principale : la résiliation intervient à l'échéance principale, sous réserve que la Lettre Recommandée ou l'envoi recommandé électronique de résiliation soit adressé à l'Assureur dans le respect du préavis de résiliation fixé dans la présente Notice d'Information,
- ▲ Perte totale des biens assurés du fait d'un événement non garanti, ou en cas de réquisition des biens sur lesquels repose l'assurance : la résiliation intervient immédiatement,
- ▲ Retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle : la résiliation intervient au lendemain de la date à laquelle la situation antérieure prend fin,
- ▲ Aggravation du risque, omission ou inexactitude dans la déclaration du risque : la résiliation intervient 10 JOURS après notification à l'autre partie,
- ▲ Non-paiement des cotisations : la résiliation peut intervenir à partir du 10ème jour suivant la date de suspension de la garantie,
- ▲ Retrait de l'agrément de l'Assureur : la résiliation intervient le 40ème jour, à midi, à compter de la publication au Journal Officiel de la décision prononçant le retrait.

13.2 SORT DE LA COTISATION

Dans les cas où la résiliation intervient au cours d'une période d'assurance, l'Assureur rembourse au Preneur d'Assurance la portion de cotisation afférente à la période pendant laquelle les risques ne sont plus garantis. Toutefois, l'Assureur a droit à la totalité des cotisations échues :

- ▲ en cas de résiliation pour non-paiement de cotisation (paragraphe 6.1.1), la fraction de cotisation pour la période postérieure à la résiliation restant acquise à l'Assureur à titre d'indemnité.
- ▲ en cas de perte totale de la chose assurée résultant d'un événement prévu par le contrat.

14. 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.

Un 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.

14.1 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.

14.2 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.

14.3 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^e, 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.

14.4 SANCTIONS

Toute réticence, fausse déclaration, omission ou inexactitude 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.

15. PRESCRIPTION -SUBROGATION-ELECTION DE DOMICILE

15.1 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. »

15.2 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.

15.3 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.

16. 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.

17. 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

18. TRAITEMENT DES DONNEES PERSONNELLES ET DE SANTE

18.1 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'à des 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 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.

18.2 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.

19. SANCTIONS INTERNATIONALES

L'Assureur est soumis réglementairement aux respects des Sanctions Internationales, lesquelles désignent toutes mesures restrictives financières, économiques, commerciales imposées par un Etat 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 redéviendront 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.

BAREME ASSUREUR

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

INVALIDITE PERMANENTE TOTALE		INVALIDITE PERMANENTE PARTIELLE "TETE"	
Perte totale des deux yeux	100 %	Perte de substance osseuse du crâne dans toute son épaisseur	
Aliénation mentale incurable et totale	100 %	surface d'au moins 6 centimètres carrés	40 %
Perte des deux bras ou des deux mains	100 %	surface de 3 à 6 centimètres carrés	20 %
Surdité totale des 2 oreilles, d'origine traumatique	100 %	surface inférieure à 3 centimètres carrés	10 %
Ablation de la mâchoire inférieure	100 %	- Ablation partielle de la mâchoire inférieure branche montante en totalité ou moitié du corps du maxillaire	40 %
Perte de la parole	100 %	Perte d'un œil	40 %
Perte d'un bras et d'une jambe	100 %	Surdité complète d'une oreille	30 %
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 INFÉRIEURS"
Perte d'un bras ou d'une main	60 %	50 %	Amputation de cuisse : moitié supérieure
Perte de substance osseuse étendue du bras (lésion définitive et incurable)	50 %	40 %	. moitié inférieure et de jambe
Paralysie totale du membre supérieur (lésion incurable des nerfs)	65 %	55 %	Perte totale du pied : désarticulation tibio-tarsienne
Paralysie complète du nerf circonflexe	20 %	15 %	Perte partielle du pied :
Ankylose de l'épaule	40 %	30 %	. désarticulation sous-astragaliennne
Ankylose du coude en position favorable 15° autour de l'angle droit	25 %	20 %	. désarticulation médiо-tarsienne
. défavorable	40 %	35 %	. désarticulation tarso-métatarsienne
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
Paralysie complète du nerf radial			. complète du nerf sciatique poplité externe
. à la gouttière de torsion	40 %	35 %	. complète du nerf sciatique poplité interne
. à l'avant-bras	30 %	25 %	. complète des 2 nerfs sciatiques poplité externe & interne
. à la main	20 %	15 %	Ankylose :
Paralysie complète du nerf cubital	30 %	25 %	. de la hanche
Ankylose du poignet en position favorable : dans la rectitude et en pronation	20 %	15 %	. du genou
. 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
. 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
Amputation			Perte de substance osseuse de la rotule avec conservation des mouvements
totale de l'index	15 %	10 %	Raccourcissement du membre inférieur :
. de deux phalanges de l'index	10 %	8 %	. d'au moins 5 cm
. de la phalange unguéale de l'index	5 %	3 %	30 %
. simultanée du pouce et de l'index	35 %	25 %	. de 3 à 5 cm
. du pouce et d'un doigt sauf l'index	25 %	20 %	20 %
. de 2 doigts sauf le pouce & l'index	12 %	8 %	. de quatre orteils dont le gros orteil
. de 3 doigts sauf le pouce et l'index	20 %	15 %	10 %
. de 4 doigts y compris le pouce	45 %	40 %	. de quatre orteils
. de 4 doigts le pouce étant conservé	40 %	35 %	10 %
. du médius	10 %	8 %	Ankylose du gros orteil
. d'1 doigt sauf le pouce, index & médius	7 %	3 %	5 %
			Amputation de deux orteils
			3 %
			Amputation d'un orteil (autre que le gros)

- ▲ 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.