

Garantie Complémentaire Individuelle

APSO Sport Moniteurs

Police N°FRBSLA17866

Conditions Générales valant Notice d'Information

CHUBB®

Conditions générales valant notice d'information

Le présent contrat est régi tant par le Code des Assurances que par les présentes Conditions Générales valant Notice d'Information et les Conditions Particulières qu'il comporte. Une confirmation de la souscription du présent Contrat est remise à chaque Assuré sous forme de Certificats d'assurance. Cette confirmation, en cas de contestation, ne constitue qu'une présomption de garantie au profit de l'Assuré.

Le présent Contrat est un une police collective d'assurance dommages à adhésion facultative, contrat n° **FRBSLA17866** souscrit par **Association Professionnelle Sport Et Outdoor (APSO)** - 54 rue de Chautagne - 73000 CHAMBERY par l'intermédiaire de **LYCEA**, société de courtage en assurances constituée sous la forme de société par actions simplifiée au capital social de 22.240 Euros, dont le siège social est situé 5, quai Jayr - 69009 Lyon et dont le numéro unique d'identification est le N° 414 308 700 RCS LYON, enregistrée auprès de l'ORIAS sous le numéro 07 002 238, auprès de **Chubb European Group Limited** (ci-après dénommé l'« Assureur »), succursale en France de la société de droit anglais Chubb European Group Ltd au capital de 544.741.144 £ enregistrée au registre de commerce et des compagnies de l'Angleterre et du Pays de Galles sous le numéro 1112892 et ayant son siège Français situé, Le Colisée, 8, avenue de l'Arche - 92419 Courbevoie Cedex – Numéro d'identification 450 327 374 R.C.S. Nanterre.

Titre I - Dispositions générales

A - Définitions

Accident

Toute atteinte corporelle non intentionnelle dont est victime un Assuré et provenant de l'action soudaine et inattendue d'une cause extérieure et toutes les manifestations pathologiques qui sont la conséquence directe d'une telle atteinte corporelle.

Sont considérés comme Accidents :

- Les infections causées directement par un accident garanti, à l'exclusion de toute infection résultant de l'intervention humaine après un accident garanti.
- Les empoisonnements et lésions corporelles dus à l'absorption non intentionnelle de substances toxiques ou corrosives.
- L'asphyxie due à l'action imprévue de gaz ou de vapeurs.
- La noyade et les maladies infectieuses qui sont la conséquence d'une chute dans l'eau ou dans un liquide infecté.
- Les gelures, coup de chaleur, insolation ainsi que l'inanition et l'épuisement par suite de naufrage, atterrissage forcé, écroulement, avalanche, et inondation.
- Les lésions corporelles résultant d'agression, d'acte de terrorisme ou d'attentat dont l'Assuré serait victime, sauf s'il est prouvé qu'il a pris une part active comme auteur ou instigateur de ces événements.
- Les atteintes corporelles liés à l'environnement extérieur telles que :
 - o surpression en plongée, barotraumatisme,
 - o réaction anormal à l'altitude en haute montagne (pouvant notamment provoquer des œdèmes cérébraux ou pulmonaires consécutifs au mal aigu des montagnes),
 - o températures particulièrement élevées ou basses (pouvant notamment provoquer brûlures ou hypothermie).

Année d'assurance

La période comprise entre deux échéances principales de prime. Toutefois :

- Si la date d'effet du contrat est distincte de la date d'échéance principale, la première année d'assurance est la période comprise entre la date d'effet et la première date d'échéance principale.
- Si le contrat expire ou cesse entre deux échéances principales, la dernière année d'assurance est la période comprise entre la dernière date d'échéance principale et la date d'expiration ou de cessation du contrat.

Chubb ASSISTANCE

L'Assisteur en charge des prestations d'assistance.

Assuré / Adhérent

Chubb European Group Limited, compagnie d'assurance de droit anglais sise 100 Leadenhall Street, London, EC3A 3BP, immatriculée sous le numéro 1112892 et dont la succursale pour la France est sise Le Colisée, 8, avenue de l'Arche à Courbevoie (92400), numéro d'identification 450 327 374 R.C.S. Nanterre. Chubb European Group Limited est soumise aux contrôles de la Prudential Regulation Authority PRA (20 Moorgate, London EC2R 6DA, Royaume Uni) et de la Financial Conduct Authority FCA (25 The North Colonnade, Canary Wharf, Londres E14 5HS, Royaume Uni).

Les moniteurs adhérents à l'APSO qui ont adhéré au présent contrat et qui ont pris connaissance des présentes conditions générales.

Assureur

Chubb European Group Limited

Bénéficiaire

La ou les personnes qui reçoivent de l'Assureur les sommes dues au titre des sinistres.

En cas de décès de l'Assuré, à moins qu'il n'ait désigné, par lettre recommandée adressée à l'Assureur à la souscription ou ultérieurement à celle-ci, une autre personne comme Bénéficiaire, la somme prévue est versée :

- A son Conjoint non séparé de corps ni divorcé à la date du décès.
- A défaut, à ses Enfants nés ou à naître, vivants ou représentés.
- A défaut, à ses héritiers.

Condition médicale grave

Une condition qui, selon l'avis de CHUBB ASSISTANCE, constitue une urgence médicale sérieuse nécessitant un traitement urgent afin d'éviter le décès ou une détérioration grave des perspectives de santé immédiates ou à long terme de l'Assuré. La gravité de la condition médicale est déterminée en fonction du lieu géographique où se trouve l'Assuré, de la nature de l'urgence médicale et de la disponibilité au niveau local des installations ou soins médicaux adéquats.

Conjoint

Par Conjoint, il faut entendre :

- La personne liée à l'Assuré par les liens du mariage et non séparé judiciairement.
- Le Concubin : il s'agit de la personne qui vit maritalement avec l'Assuré, depuis au moins **Six (6) Mois**, et dans la même communauté d'intérêts qu'un couple marié.
- Le Cosignataire d'un Pacte Civil de Solidarité avec l'Assuré.

Déchéance

Privation du droit aux sommes ou aux services prévus dans le contrat par suite du non-respect par l'Assuré de certaines obligations qui lui sont imposées.

Domicile

Est considéré comme Domicile le lieu principal et habituel d'habitation figurant comme domicile sur l'avis d'imposition. Il est nécessairement situé en France.

Enfants à charge

Les Enfants, notamment les enfants reconnus ou recueillis, sont considérés comme étant à charge dans les seuls cas énumérés ci-dessous :

- S'ils sont âgés de moins de Vingt et Un Ans.

- S'ils ont plus de Vingt et Un Ans et moins de Vingt Cinq Ans et qu'ils poursuivent leurs études (certificat de scolarité exigé). Les revenus ou rémunérations éventuellement perçus annuellement par ceux-ci doivent être inférieurs au montant minimum imposable au titre de L'I.R.P.P.

- S'ils sont infirmes (hors d'état de subvenir eux-mêmes à leurs besoins, quel que soit leur âge).

- S'ils ont été conçus nés viables dans les **Trois Cent (300) Jours** suivant la date de l'accident ayant entraîné le décès de l'Assuré.

Franchise

Il s'agit :

- Ou d'une somme fixée forfaitairement par l'Assureur et restant à la charge du Souscripteur ou de l'Assuré en cas d'indemnisation.

- Ou d'un pourcentage au-delà duquel les indemnités sont accordées.

- Ou d'un nombre de jours ou de mois à l'expiration desquels les indemnités sont accordées.

Guerre civile

Par guerre civile, il faut entendre deux factions d'une même nation qui s'opposent ou une partie de la population qui s'oppose à l'ordre établi. Ces forces contrôlent une partie du territoire et possèdent des forces armées régulières.

Guerre étrangère

Par guerre étrangère, il faut entendre un état de lutte armée entre deux ou plusieurs Etats avec ou sans déclaration de guerre.

Maladie

Toute altération de santé, constatée par une autorité médicale qualifiée, à condition qu'elle se manifeste pour la première fois au cours du séjour.

Pays étrangers

Tout pays, territoire ou possession en dehors de la France. Par convention, les DOM-ROM (départements d'outre-mer et régions d'outre-mer), PTOM (pays et territoires d'outre-mer) et COM (collectivités d'outre-mer) sont assimilés à la France.

Souscripteur

ASSOCIATION PROFESSIONNELLE SPORT ET OUTDOOR (APSO)

Titre II - Garanties

➤ Champ d'application des garanties

• **Garantie individuelle de base**

Les garanties du présent contrat s'appliquent dans le monde entier.

Sont couvertes dans le cadre de la vie professionnelle:

Toutes les activités d'enseignement et d'encadrement des activités sportives déclarées et pour lesquelles l'Assuré détient un diplôme (extensions de qualification comprises), 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 des activités sportives déclarées à titre de loisirs.

• **En cas de souscription de l'option facultative incapacité temporaire**

Les garanties Décès et Invalidité suite à accident ainsi que les garanties Incapacité Temporaire de Travail du présent contrat s'appliquent dans le MONDE ENTIER tant au cours de la vie professionnelle que de la vie privée

Exclusions communes à toutes les garanties

L'assurance ne couvre pas les sinistres :

- Résultant de la pratique d'un sport appartenant à une catégorie supérieure à celle souscrite par l'assuré- Causés ou provoqués intentionnellement par l'Assuré.

- Lors de la conduite, de tout type de véhicule, en état d'ivresse lorsque le taux d'alcoolémie est égal ou supérieur à celui légalement admis dans le pays où a lieu l'Accident.

- En cas d'usage par l'Assuré de drogues, stupéfiants ou tranquillisants non prescrits médicalement ou lors de la conduite, de tout type de véhicule, lorsque l'Assuré est sous l'emprise de ces drogues, stupéfiants ou tranquillisants prescrits médicalement alors que la notice médicale interdit leur conduite.

- Causés par le suicide ou la tentative de suicide de l'Assuré.

- Résultant de la participation de l'Assuré à des paris de toute nature (sauf compétitions sportives), à des rixes (sauf en cas de légitime défense) ou à des crimes.

- Résultant de la pratique d'un sport en tant que professionnel (sauf les accidents professionnels relatifs aux prérogatives d'un moniteur de sport qui demeurent couverts par le présent contrat) ainsi que de la participation même en tant qu'amateur à des courses de véhicules à moteur.

- Survenus lorsque l'Assuré est passager d'un appareil de locomotion aérienne qui n'est pas exploité par une entreprise de transport public de voyageurs.

- Provoqués par la guerre étrangère, la guerre civile ou les prises d'otage dans les pays suivants : Afghanistan, Iraq, Somalie, Soudan, Tchétchénie.

- Dus aux effets thermiques, mécaniques, radioactifs et autres, provenant d'une modification quelconque de la structure atomique de la matière ou de l'accélération artificielle de particules atomiques ou encore dus à la radiation provenant de radio-isotopes.

➤ Cessation des garanties

Dans tous les cas, les garanties cessent pour chaque Assuré :

- A la date de résiliation du contrat.

- A la date à laquelle l'Assuré cesse de faire partie du groupe fermé assuré.

A - La garantie décès accidentel

Lorsqu'un Assuré est victime d'un Accident et décède de ses suites dans les **Vingt Quatre (24) Mois** de sa survenance, l'Assureur verse au Bénéficiaire la somme de **Trente Mille (30 000) Euros**.

Cette somme est majorée de **Quinze Mille (15.000) Euros** par enfant à charge.

Disparition

Si le corps de l'Assuré n'est pas retrouvé à la suite d'un naufrage, de la disparition ou de la destruction du moyen de transport dans lequel il voyageait, lors de plongées, suite à une avalanche ou à une chute dans une crevasse, et plus généralement suite à tout événement résultant de la

pratique d'une des activités sportives pour lesquelles la garantie a été souscrite, il y a présomption de décès à l'expiration d'un délai de **Un (1) An** à compter du jour de l'Accident.

La garantie est acquise sur présentation d'un jugement déclaratif de décès. Cependant, s'il est prouvé, après le versement du capital au Bénéficiaire, à quelque moment que ce soit, que l'Assuré est toujours en vie, la somme versée au titre de la présomption de décès est à restituer, dans son intégralité, à l'Assureur.

B - La garantie invalidité permanente accidentelle

Lorsqu'un Assuré est victime d'un Accident et qu'il est établi qu'il reste invalide de ses suites, partiellement ou totalement, l'Assureur verse à l'Assuré la somme obtenue en multipliant **Cent Mille (100.000) Euros** par le taux d'invalidité du barème applicable.

Le degré d'invalidité est fixé dès qu'il y a consolidation de l'état de l'Assuré et au plus tard à l'expiration d'un délai de trois ans à partir de la date de l'accident.

Pour les cas d'invalidité non prévus au barème applicable, les taux sont fixés par comparaison de leur gravité avec des cas énumérés dans le barème applicable.

Les taux d'invalidité sont fixés en dehors de toute considération professionnelle ou scolaire.

La perte anatomique de membres ou organes déjà perdus fonctionnellement avant l'accident ne peut donner lieu à indemnisation.

Les lésions aux membres ou organes déjà invalides avant l'accident ne sont indemnisées que par différence entre l'état avant et après l'accident.

L'évaluation des lésions à un membre ou organe ne peut être influencée par l'état d'invalidité préexistant d'un autre membre ou organe.

Si plusieurs membres ou organes sont atteints par le même accident, les taux d'invalidité se cumuleront sans pouvoir dépasser **Cent Pour-Cent (100 %)**.

En cas de décès accidentel avant consolidation de l'invalidité, seul le capital prévu en cas de décès sera versé, déduction faite éventuellement des sommes qui auraient pu être avancées au titre de l'invalidité.

Il n'y a pas de cumul des garanties décès et invalidité lorsqu'elles résultent d'un même accident.

C - Evénement collectif garanti

Si plusieurs Assurés sont accidentés lors d'un seul et même événement collectif garanti, le montant total des indemnités tant en décès qu'en invalidité y compris les capitaux complémentaires, ne peut excéder **Vingt-Cinq Millions (25.000.000) d'Euros**.

Dans le cas où le cumul des capitaux garantis vient à dépasser cette somme, les indemnités sont alors réduites proportionnellement au nombre de victimes et réglées au « marc le franc » suivant le capital garanti pour chacune d'elles.

D - La garantie frais médicaux à l'étranger

Cette garantie s'applique à l'occasion des séjours effectués dans le monde entier à l'exclusion du pays de domicile.

Cette garantie est acquise, dans la limite de **Quinze (15.000) Mille Euros** par sinistre, en cas d'Accident ou de Maladie, et prend en charge les frais consécutifs à une hospitalisation ainsi que tous les frais de consultation, les frais pharmaceutiques, les frais de radiographie et d'analyses médicales, après déduction des remboursements de la Sécurité Sociale et de tout autre organisme complémentaire.

L'ensemble de ces frais doit être exclusivement prescrit par un praticien légalement habilité à la pratique de son art et titulaire des diplômes requis dans le pays où il exerce.

Pour l'application de cette prestation, il est rappelé que le terme « France » signifie la France métropolitaine, la Principauté de Monaco et les DOM. Les Assurés domiciliés dans un DOM ne seront donc pas considérés comme voyageant à l'Etranger lorsqu'ils se déplacent en France Métropolitaine ou Principauté de Monaco et inversement. Vous êtes blessé(e) pendant une activité garantie à l'Etranger, tant que vous vous trouvez hospitalisé(e) nous pouvons faire l'avance des frais d'Hospitalisation dans la limite de **Quinze Mille (15.000) Euros**.

Dans ce cas, l'Assuré doit obligatoirement prendre contact avec CHUBB ASSISTANCE dès son arrivée au Service d'Admission.

Cette avance s'effectuera sous réserve des conditions cumulatives suivantes :

- pour des soins prescrits en accord avec nos médecins,
- tant que ces derniers vous jugent intransportable après recueil des informations auprès du médecin local.

Aucune avance n'est accordée à dater du jour où nous sommes en mesure d'effectuer le transport, même si vous décidez de rester sur place.

Dans tous les cas, vous vous engagez à nous rembourser cette avance au plus tard **Trente (30) jours** après réception de notre facture. En cas de non-paiement de votre part à cette date, le Souscripteur s'engage à nous rembourser cette avance dans le délai maximum de **Trente (30) jours** à compter de notre demande, charge pour ce dernier d'en récupérer le montant, s'il le souhaite, auprès de vous.

Pour être vous-même remboursé(e), vous devrez ensuite effectuer les démarches nécessaires au recouvrement de vos frais médicaux auprès des organismes concernés.

Cette obligation s'applique même si vous avez engagé les procédures de remboursement visées au paragraphe « remboursement complémentaire des frais médicaux (étranger uniquement) ».

Les autres frais médicaux sont remboursés à l'Assuré à la réception, par l'Assureur, de tous les justificatifs.

Les frais de soins dentaires, consécutifs à un Accident garanti, sont limités à **Trois Cents (300) Euros** par dent avec un maximum par sinistre de **Mille (1.000) Euros**.

Les soins dentaires d'urgence sont remboursés à concurrence de **Soixante-Dix Pour-Cent (70 %)** des frais réels plafonnés à **Quatre Cents (400) Euros** par année d'assurance après l'application d'une franchise de **Trente (30) Euros** par sinistre

Par soins dentaires d'urgence, il faut entendre les frais dentaires ne pouvant être différés dans le temps, des suites de l'état pathologique de l'Assuré et pratiqués pour les soins suivants : pansement, obturation, dévitalisation ou extraction.

Les frais de prothèse optique, dentaire et acoustique, consécutifs à un Accident garanti, sont limités à **Cinq Cents (500) Euros** par prothèse.

Demeurent formellement exclus :

- Les frais de prothèse fonctionnelle et/ou consécutifs à une maladie.
- Les frais d'optique dont l'origine n'est pas accidentelle.
- Les frais de soins dentaires dont l'origine n'est pas accidentelle à l'exclusion des soins dentaires d'urgence tels qu'ils sont définis ci-avant.
- Les frais engagés dans le pays de domicile de l'Assuré.
- Les frais de cure thermale et de séjour en maison de repos.
- Les frais de rééducation.
- Les frais occasionnés par un accident ou une maladie dont la première constatation se situe avant la date du départ en voyage.

- Les frais encourus si l'Assuré ne souffre pas d'un état médical grave ou si le traitement peut raisonnablement être retardé jusqu'à ce que l'Assuré rentre dans le pays de son domicile.
- Les frais relatifs à l'accouchement ou à la grossesse (sauf en cas de complication qui pourrait mettre en danger la vie de la mère et/ou de l'enfant à naître).
- Les frais relatifs à un traitement prescrit dans le pays de domicile de l'Assuré avant son départ en voyage.

E - La garantie frais médicaux complémentaire en France suite à accident garanti

Lorsqu'un Assuré est victime d'un Accident garanti qui entraîne, sur prescription médicale, des frais de traitement, c'est-à-dire des frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques, d'hospitalisation ou d'ambulance, l'Assureur rembourse, à concurrence de **Trois Mille (3.000) Euros** les frais de traitement qui restent à charge de l'Assuré après remboursement de la Sécurité Sociale, et/ou de tout autre organisme complémentaire.
Les frais de prothèses et d'appareillages font l'objet d'une sous limite à hauteur de **Cinq Cent (500) Euros**.

Exclusions

Ne sont pas remboursés :

- Les frais d'optique
- Les frais médicaux et chirurgicaux qui sont engagés dans un but esthétique.
- Les frais médicaux relatifs à des traitements expérimentaux ou dont l'efficacité n'est pas reconnue par le corps médical.

F - La garantie frais de recherche et de secours et premiers transports médicalisés

Nous garantissons la prise en charge ou le remboursement des frais de recherches, de secours et de premiers transports médicalisés, mis à la charge de l'assuré par l'autorité organisatrice d'une station de montagne.
Les frais engagés sont pris en charge à la suite d'un accident ayant eu lieu au cours d'une activité garantie, ou dans une situation d'urgence lorsque l'intégrité physique de l'Assuré est mise en danger et ayant nécessité une intervention des services publics, de sauveteurs professionnels ou de services de recherches privés habilités.
Nous garantissons également le remboursement du trajet de retour depuis le centre médical ou hospitalier jusqu'au lieu de la station où séjourne le Bénéficiaire au moment de l'accident. Nous remboursons les frais garantis à hauteur des frais réels. Cette garantie est limitée à **Dix Mille (10.000) Euros** en cas de sinistre en France Métropolitaine et à **Trente Mille (30.000) Euros** en cas de sinistre en dehors de la France Métropolitaine
L'indemnisation des frais de recherches et de secours se cumule avec le remboursement des frais de premiers transports.
Seuls les frais facturés par une société dûment agréée pour ces activités peuvent être remboursés.
En aucun cas, nous ne serons tenus à l'organisation des recherches et des secours.

G – Garantie hospitalisation suite à accident

Lorsqu'un Assuré est admis dans un établissement hospitalier public ou privé à la suite d'une altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente et résultant des suites immédiates d'un Accident garanti, après expiration du délai de franchise de **Sept (7) Jours**, l'Assureur verse pour chaque jour d'hospitalisation, une indemnité forfaitaire s'élevant à **Trente (30) Euros** par jour.

Le droit à indemnité commence à courir après l'expiration des **Sept (7) Jours** de franchise indiqué et s'exerce pendant toute la durée de l'hospitalisation, sans pouvoir excéder la durée maximale d'indemnisation de **Soixante (60) Jours**.
Sont exclues de la garantie toutes les pathologies ou affections qui ne résultent pas des suites immédiates d'un accident garanti.

La durée maximale d'indemnisation prévue au titre de ce contrat, pour le versement de cette indemnité journalière forfaitaire, en cas d'hospitalisation résultant des suites d'un accident garanti, est fixée à **Soixante (60) jours** au maximum.

Les exclusions visées aux Conditions Générales sont applicables à la présente garantie.

Rechute

En cas de rechute ou complication intervenant dans un délai de **Deux (2) Mois** après la fin d'une première période d'hospitalisation, il ne sera pas appliqué une seconde fois la franchise prévue. Toutefois, la franchise sera à nouveau décomptée, si le délai d'interruption entre les Deux (2) séjours hospitalier excède **Deux (2) Mois**, même si la nouvelle période d'hospitalisation est bien la conséquence du même Accident.

Un acompte peut être versé sur la demande expresse de l'Assuré.

Exclusion spécifique : Sont exclus les séjours dans les établissements de repos, convalescences, cure ou rééducation

H - la garantie assistance aux personnes

Ces garanties sont acquises aussi bien à l'étranger que dans le pays du domicile de l'Assuré.

Mise en œuvre des Garanties :

Pour que les prestations d'assistance s'appliquent, l'Assuré doit obligatoirement et préalablement à toute intervention engageant les garanties du contrat prendre contact avec :

CHUBB ASSISTANCE

Téléphone depuis la France 01 53 05 30 99

Téléphone depuis l'étranger +33 (0)1 53 05 30 99

En indiquant le numéro de contrat et le numéro de convention 1021

1-Transport/Rapatriement

Si au cours d'une activité garantie vous êtes blessé(e), nos médecins se mettent en relation avec le médecin local qui vous a reçu à la suite de la Maladie ou de l'Accident.
Les informations recueillies, auprès du médecin local et éventuellement du médecin traitant habituel, nous permettent, après décision de nos médecins, de déclencher et d'organiser en fonction des seules exigences médicales :
- soit votre retour à votre Domicile,
- soit votre transport, le cas échéant sous surveillance médicale, vers un service hospitalier approprié proche de votre Domicile, par véhicule sanitaire léger, par ambulance, par train (place assise en 1re classe, couchette 1re classe ou wagon-lit), par avion de ligne ou par avion sanitaire.
Dans certains cas, votre situation médicale peut nécessiter un premier transport vers un centre de soins de proximité avant d'envisager un retour vers une structure proche de votre Domicile.
Seule votre situation médicale et le respect des règlements sanitaires en vigueur sont pris en considération pour arrêter la décision de transport, le choix du moyen utilisé pour ce transport et le choix du lieu d'hospitalisation éventuel.

Important

Il est à cet égard expressément convenu que la décision finale à mettre en œuvre appartient en dernier ressort à nos médecins et ce, afin d'éviter tout conflit d'autorités médicales.

Par ailleurs, dans le cas où vous refuseriez de suivre la décision considérée comme la plus opportune par nos médecins, vous nous déchargez de toute responsabilité, notamment en cas de retour par vos propres moyens ou encore en cas d'aggravation de votre état de santé.

2- retour des membres de la famille assurés ou de deux accompagnants assurés

Lorsque vous êtes rapatrié(e) par nos soins, selon avis de notre Service Médical, nous organisons le transport des Membres de votre famille assurés ou de deux personnes assurées qui se déplaçaient avec vous afin, si possible, de vous accompagner lors de votre retour.

Ce transport se fera :

- soit avec vous,
- soit individuellement.

Nous prenons en charge le transport de ces personnes assurées, par train 1re classe ou par avion classe économique, ainsi que les frais de taxi, au départ, pour qu'elles puissent se rendre de leur lieu de voyage à la gare ou à l'aéroport, et à l'arrivée, de la gare/aéroport au Domicile.

Cette prestation n'est pas cumulable avec la prestation « Presence Hospitalisation ».

3. Transport de corps et frais de cercueil en cas de décès d'un assuré

L'Assuré décède durant une activité garantie : nous organisons et prenons en charge le transport du défunt assuré jusqu'au lieu des obsèques dans son Pays de domicile.

Nous prenons également en charge l'intégralité des frais nécessités par les soins de préparation et les aménagements spécifiques au transport exclusivement, à l'exclusion des autres frais.

De plus, nous participons aux frais de cercueil ou frais d'urne, que la famille se procure auprès du prestataire funéraire de son choix, à concurrence de **Cinq Mille (5.000) Euros**, et sur présentation de la facture originale.

Les autres frais (notamment de cérémonie, convois locaux, inhumation) restent à la charge de la famille.

4. Reconnaissance de corps et formalités décès

Si l'Assuré décède au cours de son voyage alors qu'il se trouvait seul, et si la présence d'un Membre de sa famille ou d'un proche est nécessaire pour effectuer la reconnaissance du corps et les formalités de rapatriement ou d'incinération, nous organisons et prenons en charge le déplacement aller-retour en train 1re classe ou avion classe économique de cette personne depuis le Pays de domicile de l'Assuré jusqu'au lieu du décès ainsi que ses frais d'hébergement, dans la limite de **Deux Cent Cinquante (250) Euros** par nuit (maxi Trois (3) nuits).

5. Retour anticipé en cas d'hospitalisation ou décès d'un membre de votre famille

Pendant votre voyage, vous apprenez le décès ou l'hospitalisation grave et imprévue survenue dans votre Pays de domicile durant votre voyage d'un Membre de votre famille,

Afin que vous :

- vous rendiez au chevet de la personne hospitalisée dans votre Pays de domicile,
- puissiez assister aux obsèques du défunt dans votre Pays de domicile, nous organisons et prenons en charge votre voyage

retour, par train 1re classe ou avion classe économique, du lieu de votre séjour jusqu'à votre Domicile, ainsi que, le cas échéant, les frais de taxi, au départ, pour se rendre du lieu de séjour à la gare ou à l'aéroport, et à l'arrivée, de la gare/aéroport au Domicile.

A défaut de présentation de justificatifs (certificat de décès, bulletin d'hospitalisation, justificatif du lien de parenté) dans un délai de **Trente (30) Jours**, nous nous réservons le droit de vous facturer l'intégralité de la prestation.

6. Assistance en cas de sinistre survenu a votre domicile lors d'un voyage

Pendant votre voyage, vous apprenez la survenance d'un Sinistre à votre Domicile. Vous pouvez bénéficier de l'une ou l'autre des 2 prestations suivantes non cumulatives :

Retour anticipé

Vous apprenez à la suite de ce Sinistre au Domicile, que votre présence sur place est indispensable pour y effectuer des démarches administratives : nous organisons et prenons en charge votre voyage retour, par train 1re classe ou avion classe économique, du lieu de votre séjour jusqu'à votre Domicile, ainsi que, le cas échéant, les frais de taxi, au départ, pour se rendre du lieu de séjour jusqu'à la gare ou à l'aéroport, et à l'arrivée, de la gare/aéroport jusqu'au Domicile.

A défaut de présentation de justificatifs (déclaration de sinistre auprès de l'assureur, rapport d'expertise, procès-verbal de plainte, etc.) dans un délai maximal de **Trente (30) jours**, nous nous réservons le droit de vous facturer l'intégralité de la prestation.

Assistance sinistre a domicile (en France uniquement)

Pendant que vous êtes en voyage, votre Domicile subit une inondation, un incendie ou un cambriolage et les dommages causés nécessitent des mesures conservatoires.

Nous vous mettons en relation avec un spécialiste (plombier, serrurier, vitrier, société de gardiennage) et nous prenons en charge le coût de l'intervention à concurrence de **Cent (100) Euros**.

En outre, si votre Domicile est inhabitable à votre retour de voyage, nous organisons et prenons en charge votre séjour à l'hôtel pendant **Deux (2) Nuits** maximum à concurrence de **Cent (100) Euros** par nuit et par personne (maximum Deux (2) nuits).

Cette prestation n'est garantie que si votre Domicile est situé en France.

7. Présence hospitalisation

Lorsque vous êtes hospitalisé(e) sur le lieu de votre Maladie ou de votre Accident et que nos médecins jugent à partir des informations communiquées par les médecins locaux que votre retour ne peut se faire avant **Deux (2) Jours**, nous organisons et prenons en charge le voyage aller-retour depuis votre Pays de domicile, par train 1re classe ou par avion classe économique d'une personne de votre choix afin qu'elle se rende à votre chevet.

Nous prenons en charge également les frais d'hôtel de la personne (chambre et petit-déjeuner), à concurrence de **Deux Cent Cinquante (250) Euros** par nuit (maximum de Cinq Mille (5.000) Euros).

Cette prestation n'est pas cumulable avec la prestation «retour des membres de la famille assurés ou de deux accompagnants assurés».

8. Envoi de médicaments

Vous êtes en voyage à l'Etranger et vos médicaments indispensables à la poursuite de votre traitement et dont l'interruption vous fait courir, selon avis de nos médecins un risque pour votre santé sont perdus ou volés, nous recherchons des médicaments équivalents sur place, et dans

ce cas organisons une visite médicale avec un médecin local qui vous les prescrira.

S'il n'existe pas de médicaments équivalents sur place, nous organisons à partir de France uniquement l'envoi des médicaments prescrits par votre médecin traitant sous réserve que ce dernier adresse à nos médecins un duplicata de l'ordonnance qu'il vous a remis et que ces médicaments soient disponibles dans les pharmacies de ville.

Nous prenons en charge les frais d'expédition et vous refacturons les frais de douane et le coût d'achat des médicaments. Vous vous engagez à nous rembourser à réception de facture.

Ces envois sont soumis aux conditions générales des sociétés de transport que nous utilisons. Dans tous les cas, ils sont soumis à la réglementation et aux conditions imposées par la France et les législations nationales de chacun des pays en matière d'importation et d'exportation des médicaments. Nous dégageons toute responsabilité pour les retards, pertes, vols des médicaments pendant leur transport et pour les conséquences en résultant.

Dans tous les cas, sont exclus les envois de produits sanguins et dérivés du sang, les produits réservés à l'usage hospitalier ou les produits nécessitant des conditions particulières de conservation, notamment frigorifiques et de façon plus générale les produits non disponibles en officine de pharmacie en France.

Par ailleurs, l'abandon de la fabrication des médicaments, le retrait du marché ou la non disponibilité en France constituent des cas de force majeure qui peuvent retarder ou rendre impossible l'exécution de la prestation.

9. Prolongation de séjour

Suite à un Accident survenu lors d'une activité garantie, vous êtes dans l'obligation de prolonger votre séjour sur place au-delà de la date initiale de retour, dans les cas suivants :

• Hospitalisation

Si vous êtes hospitalisé et que nos médecins jugent à partir des informations communiquées par les médecins locaux que cette Hospitalisation est nécessaire au-delà de votre date initiale de retour, nous prenons en charge les frais d'hébergement (chambre et petit-déjeuner) d'un accompagnant assuré, à concurrence **Deux Cent (200) Euros** par nuit (maximum de Deux Mille (2.000) Euros), afin qu'il reste auprès de vous.

Dans le cadre d'un circuit ou d'un voyage organisé, ces frais pourront être pris en charge avant la date initiale de retour, dans le cas où ils constituent des frais d'hébergement supplémentaires non inclus dans le prix du forfait de voyage payé par l'accompagnant assuré.

• Immobilisation

Si vous êtes immobilisé et que nos médecins jugent à partir des informations communiquées par les médecins locaux que cette Immobilisation est nécessaire au-delà de votre date initiale de retour, nous prenons en charge les frais d'hébergement (chambre et petit-déjeuner) de vous-même et/ou d'un accompagnant assuré, à concurrence de **Cent (100) Euros** par nuit (maximum Quatre (4) Nuits).

Dans le cadre d'un séjour, ces frais pourront être pris en charge avant la date initiale de retour, dans le cas où ils constituent des frais d'hébergement supplémentaires non inclus dans le prix du forfait de voyage payé par vous-même ou par l'accompagnant assuré.

Dans les deux cas, notre prise en charge cesse à compter du jour où nos médecins jugent, à partir des informations communiquées par les médecins locaux, que vous êtes en mesure de reprendre la cours de votre séjour interrompu ou de rentrer à votre Domicile.

10. Chauffeur de remplacement

Vous êtes blessé(e) au cours d'une activité garantie. Si votre état de santé ne vous permet plus de conduire votre véhicule de tourisme et qu'aucun des passagers ne peut vous remplacer, nous mettons à votre disposition :

- soit un chauffeur pour ramener le véhicule à votre Domicile, par l'itinéraire le plus direct. Nous prenons en charge les frais de voyage et le salaire du chauffeur,
- soit un billet de train 1re classe ou d'avion classe économique afin de vous permettre soit de récupérer votre véhicule ultérieurement, soit qu'une personne désignée par vous puisse ramener le véhicule.

Les frais de carburant, de péage, les frais d'hôtel et de restauration des éventuels passagers restent à votre charge. Le chauffeur intervient selon la réglementation en vigueur applicable à sa profession. Cette garantie vous est accordée si votre véhicule est dûment assuré est en parfait état de marche, conforme aux normes du Code de la Route national et international et remplit les normes du contrôle technique obligatoire. Dans le cas contraire, nous nous réservons le droit de ne pas envoyer de chauffeur et en remplacement, nous fournissons et prenons en charge un billet de train 1re classe ou d'avion classe économique pour vous permettre d'aller rechercher le véhicule.

11. Exclusions spécifiques aux garanties d'assistance

Nous ne pouvons, en aucun cas, nous substituer aux organismes locaux de secours d'urgence.

Outre les exclusions générales applicables au contrat et figurant au paragraphe «exclusions communes à toutes les garanties» du titre I «stipulations générales», sont exclus ou ne peuvent donner lieu à prise en charge :

- les conséquences des situations à risques infectieux en contexte épidémique, de l'exposition à des agents biologiques infectants, de l'exposition à des agents chimiques type gaz de combat, de l'exposition à des agents neurotoxiques ou à effets neurotoxiques rémanents, qui font l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillances spécifiques de la part des autorités sanitaires internationales et/ou sanitaires locales du pays où vous séjournez et/ou nationale de votre Pays de domicile,
- les maladies et/ou blessures préexistantes diagnostiquées et/ou traitées ayant fait l'objet d'une Hospitalisation continue, d'une Hospitalisation de jour ou d'une Hospitalisation ambulatoire dans les Six (6) Mois précédant toute demande, qu'il s'agisse de la manifestation ou de l'aggravation dudit état,
- les frais engagés sans notre accord, ou non expressément prévus par les présentes Dispositions Générales du contrat,
- les frais non justifiés par des documents originaux,
- les sinistres survenus dans les pays exclus de la garantie du contrat ou en dehors des dates de validité de garantie, et notamment au-delà de la durée du voyage prévu à l'Etranger,
- les conséquences des incidents survenus au cours d'épreuves, courses, ou compétitions motorisées (ou leurs essais), soumises par la réglementation en vigueur à l'autorisation préalable des pouvoirs publics, lorsque vous y participez en tant que concurrent, ou au cours d'essais sur circuit soumis à homologation préalable des pouvoirs publics, et ce, même si vous utilisez votre propre véhicule,
- les voyages entrepris dans un but de diagnostic et/ou de traitement médical ou d'intervention de

chirurgie esthétique, leurs conséquences et les frais en découlant,

- l'organisation et la prise en charge du transport visé au paragraphe « transport/rapatriement » pour des affections bénignes qui peuvent être traitées sur place et qui ne vous empêchent pas de poursuivre votre voyage,
- les demandes d'assistance se rapportant à la procréation médicalement assistée ou à l'interruption volontaire de grossesse, leurs conséquences et les frais en découlant,
- les demandes relatives à la procréation ou la gestation pour le compte d'autrui, leurs conséquences et les frais en découlant,
- les incidents liés à un état de grossesse dont le risque était connu avant le départ et leurs conséquences (accouchement compris), et dans tous les cas, les incidents dus à un état de grossesse à partir de la 36^e semaine d'aménorrhée et leurs conséquences (accouchement compris) et frais y afférant,
- les appareillages médicaux et les prothèses (dentaires, auditives, médicales),
- les cures thermales, leurs conséquences et les frais en découlant,
- les frais médicaux engagés dans votre Pays de domicile,
- les Hospitalisations prévues, leurs conséquences et les frais en découlant,
- les frais d'optique (lunettes et verres de contact par exemple),
- les vaccins et frais de vaccination,
- les visites médicales de contrôle et les frais s'y rapportant, et leurs conséquences,
- les interventions à caractère esthétique, ainsi que leurs éventuelles conséquences et les frais en découlant,
- les séjours dans une maison de repos, leurs conséquences et les frais en découlant,
- les rééducations, kinésithérapies, chiropraxies, leurs conséquences et les frais en découlant,
- les services médicaux ou paramédicaux et l'achat de produits dont le caractère thérapeutique n'est pas reconnu par la législation française, et les frais s'y rapportant,
- les bilans de santé concernant un dépistage à titre de prévention, les traitements ou analyses réguliers, leurs conséquences et les frais en découlant,
- les recherches et les secours de personnes dans le désert, ainsi que les frais s'y rapportant,
- les frais liés aux excédents de poids des bagages lors d'un transport par avion et les frais d'acheminement des bagages lorsqu'ils ne peuvent être transportés avec vous,
- les frais d'annulation de voyage,
- les frais de restaurant,
- les frais de douane.

I. Option confort plus 24 : incapacité temporaire totale

En cas de souscription de l'option facultative CONFORT PLUS 24, le présent contrat couvre l'Incapacité Temporaire Totale de Travail lorsque :

- Un Assuré exerçant une activité professionnelle salariée est placé en arrêt de travail par décision d'un médecin et qu'il perçoit des indemnités journalières de la Sécurité Sociale.
- Un Assuré exerçant une activité professionnelle non salariée est hospitalisé ou déclaré par décision d'un médecin en

Incapacité Temporaire Totale d'exercer son activité professionnelle.

Ce certificat d'Incapacité Temporaire sera validé par le Médecin Conseil de la compagnie et l'assuré pourra éventuellement faire l'objet d'un contrôle médical. L'Assureur, après expiration d'un délai de franchise de **Dix (10) Jours**, verse pour chaque jour d'arrêt de travail, le montant de l'indemnité souscrite par le moniteur. Le montant maximum pouvant être souscrit sera de **Quatre-Vingt-Dix (90) Euros** par jour.

En cas de reprise partielle de l'activité avec maintien des indemnités journalières de la Sécurité Sociale, l'indemnité journalière versée par l'Assureur sera réduite dans la même proportion que les indemnités journalières versées par la Sécurité Sociale.

Pour les non-salariés, en cas de reprise partielle de l'activité professionnelle, l'indemnité journalière sera réduite de moitié.

L'indemnisation n'est due que pour les périodes d'arrêt de travail pour lesquelles l'assuré est en mesure de fournir la preuve qu'il a perçu une rémunération au cours de la période équivalente de l'exercice précédent. De plus, elle est plafonnée au montant perçu au cours de la période équivalente de l'exercice précédent. L'assuré devra justifier par tout moyen la rémunération perçue au cours de la période de l'exercice précédent équivalente à celle de son arrêt de travail.

L'indemnisation est due pendant la période d'incapacité pour une durée n'excédant pas **Trois Cent Soixante Cinq (365) Jours** ou pour un montant total maximum de **Vingt Mille (20.000) Euros**.

La durée de l'incapacité est fixée par le médecin de l'Assuré, l'Assureur se réservant le droit de faire contrôler l'état de l'Assuré par son Médecin Conseil.

En cas d'Incapacité Temporaire, par suite d'accident survenu hors de France, les Indemnités Journalières ne sont versées que s'il y a hospitalisation et uniquement pendant la durée de l'hospitalisation.

Le versement des indemnités journalières reprend lors du retour au domicile si l'assuré est toujours en Incapacité médicalement reconnue.

RECHUTE

En cas de rechute ou de complication intervenant dans un délai de **Deux (2) Mois** après la reprise complète du travail, aucune franchise ne sera appliquée.

Si le délai excède **Deux (2) Mois**, la franchise sera à nouveau décomptée, même si le nouvel arrêt de travail est la conséquence du même Accident ou de la même Maladie.

Exclusions spécifiques

Sont exclues de la garantie toutes les pathologies ou affections qui ne résultent pas des suites ou conséquences d'un accident garanti.

Titre III - déclaration, documents nécessaires et remboursement des sinistres

Déchéance

Sont exclus tous les sinistres déclarés à l'Assureur plus de Cinq (5) Jours après leur survenance sauf pour le Souscripteur ou l'Assuré à prouver le cas de force majeure l'ayant empêché de procéder à la déclaration dans ce délai.

Le Souscripteur ou l'Assuré qui, intentionnellement, fournit de faux renseignements ou use de documents faux ou dénaturés dans l'intention de tromper l'Assureur, perd tout droit à la garantie pour le sinistre en cause.

Toutes les mesures utiles doivent être prises sans retard pour limiter les conséquences du sinistre et hâter le rétablissement de l'Assuré qui doit se

soumettre aux soins médicaux nécessités par son état.

Le Médecin de l'Assureur doit avoir libre accès auprès de l'Assuré pour constater son état. Tout refus non justifié de se conformer à ce contrôle, après mise en demeure par lettre recommandée, entraîne la déchéance de la garantie.

Les déclarations de sinistres doivent être adressées sous cinq (5) jours ouvrés à :

Chubb European Group Limited
Indemnisation Assurances de Personnes & Affinités
Le Colisée – 8 avenue de l'Arche
92419 Courbevoie cedex
Ou par mail à AHdeclaration@chubbgroup.com

Tous les documents médicaux doivent être adressés sous pli confidentiel à l'attention du Médecin Conseil de l'Assureur

Documents à fournir

1. Pour toutes les garanties

- Le numéro du contrat.
- La copie de l'adhésion à l'APSO.

2. Pour le décès et l'invalidité consécutifs à un accident

- La déclaration écrite précisant les circonstances de l'accident, le nom des témoins et, éventuellement, l'identité de l'autorité verbalisante si un procès-verbal est dressé ainsi que le numéro de transmission.
- Le certificat du médecin, du chirurgien ou du centre hospitalier appelé à donner les premiers soins et décrivant les blessures.
- Les actes de naissance des Enfants ainsi que la copie de la déclaration fiscale prouvant qu'ils sont à la charge de l'Assuré.
- L'acte de décès.
- Les pièces établissant la qualité du Bénéficiaire en cas de décès, le nom et l'adresse du notaire chargé de la succession.

3. Pour les frais médicaux

Frais médicaux en cas d'hospitalisation à l'étranger hors du pays de domicile

En cas d'Accident nécessitant une hospitalisation sur place, l'Assuré présente la carte d'assistance ou la notice d'information, délivrée par l'Assureur, au service d'admission de l'hôpital.

Le service d'admission se fait confirmer la validité de la garantie auprès de CHUBB ASSISTANCE dont les coordonnées figurent sur la carte d'assistance ou les Conditions Générales valant notice d'information (par téléphone ou par télécopie).

Le paiement des frais est effectué directement à l'hôpital par CHUBB ASSISTANCE sans que l'Assuré n'ait à effectuer une avance de paiement.

Le Souscripteur, l'Assuré ou ses Ayants Droit s'engagent à effectuer toutes les démarches nécessaires pour obtenir le remboursement de ces frais (en totalité ou en partie) auprès de la Sécurité Sociale et/ou autres organismes complémentaires auxquels est affilié l'Assuré et à reverser immédiatement à CHUBB ASSISTANCE toute somme perçue par lui à ce titre.

Important : Cette garantie est acquise après acceptation par CHUBB ASSISTANCE, et ce, dans la limite de Quinze Mille (15.000) Euros par sinistre.

Frais médicaux hors hospitalisation à l'étranger hors du pays de domicile

Le remboursement des frais médicaux hors hospitalisation est effectué au retour de l'Assuré dans son pays d'origine. Il doit fournir tous les justificatifs nécessaires.

Le Souscripteur, l'Assuré ou ses Ayants Droit s'engagent à effectuer toutes les démarches nécessaires pour obtenir le remboursement de ces frais (en totalité ou en partie) auprès de la Sécurité Sociale et/ou autres organismes complémentaires auxquels est affilié l'Assuré. L'Assureur prend à son compte le complément des frais remboursés par la Sécurité Sociale et/ou autres organismes complémentaires auxquels est affilié l'Assuré ou ses Ayants Droit.

Frais médicaux complémentaires en cas d'accident garanti

Le remboursement des frais médicaux en France est effectué sur présentation, par le Souscripteur ou l'Assuré, du certificat médical, des feuilles de maladie, des factures hospitalières et celles des honoraires du médecin, des relevés de la Sécurité Sociale et/ou celles des autres organismes complémentaires ainsi que les décomptes de remboursement dont l'Assuré a été bénéficiaire.

4. Pour les frais de secours et de recherche et de premiers transports médicalisés

Pour que les remboursements soient effectués, l'Assuré doit obligatoirement fournir à l'Assureur l'original de la demande détaillée du remboursement des frais de secours, de recherche et des premiers transports médicalisés.

5. Pour les indemnités journalières en cas d'hospitalisation suite à accident garanti

Tout séjour en établissement hospitalier d'une durée excédant la période de franchise et susceptible d'ouvrir droit à indemnité, doit être déclaré dans les **Cinq (5) Jours** à l'Assureur, par le Souscripteur ou par l'Assuré.

Cette déclaration doit être accompagnée des documents originaux suivants :

- le certificat médical décrivant les blessures ou l'origine et la nature de l'affection traitée,
 - le bulletin de séjour dans l'établissement hospitalier.
- S'il s'agit d'un Accident garanti, la déclaration écrite doit préciser en outre :
- les circonstances exactes de l'accident, et, dans le cas où un procès-verbal est dressé, le nom de l'autorité qui l'a dressé.

6. Pour les indemnités journalières en cas d'incapacité temporaire totale suite à accident

Tout arrêt de travail d'une durée excédant la période de franchise et susceptible d'ouvrir droit à l'indemnité journalière doit être déclaré dans les **Cinq (5) Jours** ouvrés à l'Assureur par l'Assuré.

Cette déclaration doit être accompagnée des documents originaux suivants :

- Le certificat du médecin ayant prescrit l'arrêt de travail, décrivant les blessures et les circonstances de l'Accident.
- Dans le cas où un procès-verbal est dressé, le numéro de transmission du procès-verbal au Parquet.
- Les décomptes originaux de la Sécurité Sociale attestant le paiement des indemnités journalières pour les Assurés salariés ou pour les non-salariés ceux du régime de prévoyance applicable.
- tout document permettant de justifier des revenus acquis au cours de la période de l'exercice précédent équivalente à celle de son arrêt de travail.

Titre IV - Obligations du souscripteur

Déclaration du risque

Le Souscripteur doit déclarer exactement tous les éléments qu'il connaît et qui peuvent permettre à l'Assureur d'apprécier les risques qu'il prend à sa charge et qui sont spécifiés aux Conditions Particulières du contrat.

Déclaration des modifications apportées au risque

Le Souscripteur doit déclarer à l'Assureur toute aggravation des éléments d'appréciation du risque pris en charge par l'Assureur.

Lorsque la modification constitue une aggravation du risque telle que si le nouvel état de fait avait existé lors de la souscription du contrat, l'Assureur ne se serait pas engagé ou ne l'aurait fait que moyennant une cotisation plus élevée, l'Assureur peut proposer une nouvelle cotisation.

Si le Souscripteur refuse cette nouvelle cotisation, l'Assureur peut résilier le contrat moyennant un préavis de **Dix (10) Jours**.

Toute réticence, fausse déclaration intentionnelle, omission ou inexactitude dans la déclaration de ces éléments est sanctionnée, même si elle a été sans influence sur le sinistre, dans les conditions prévues par les articles L113-8 et L113-9 du Code des Assurances :

- En cas de mauvaise foi, par la nullité du contrat.
- Si la mauvaise foi n'est pas établie, par une réduction de l'indemnité en fonction des cotisations payées par rapport aux cotisations qui auraient été dues si les risques avaient été exactement et complètement déclarés.

Paiement de la cotisation

La cotisation annuelle ou, dans le cas de paiement fractionné, les fractions de cotisations et les accessoires de cotisation dont le montant est stipulé aux Conditions Particulières ainsi que les taxes, sont payables d'avance aux dates convenues.

Si une cotisation (ou fraction de cotisation) n'est pas payée dans les **Dix (10) Jours** suivant son échéance, l'Assureur peut, indépendamment de son droit de poursuivre l'exécution du contrat en justice, suspendre la garantie après avoir envoyé au Souscripteur, à son dernier domicile connu, une lettre recommandée valant mise en demeure.

Si le Souscripteur maintient son refus de payer la cotisation due, l'Assureur a le droit de résilier le contrat **Dix (10) Jours** après l'expiration du délai de **Trente (30) Jours** suivant la réception de cette lettre. Cette résiliation et ce nouveau délai de **Dix (10) Jours** doivent figurer soit dans la première lettre de mise en demeure, soit dans une nouvelle lettre recommandée.

Si la cotisation annuelle est payable en plusieurs fractions, le non-paiement d'une fraction de cotisation à l'échéance fixée entraîne l'exigibilité de la totalité des fractions de cotisation restant dues au titre de l'année d'assurance en cours.

Titre V - Résiliation du contrat

Le contrat peut être résilié :

• **Par le souscripteur ou l'assureur**

Chaque année, à la date d'échéance annuelle, moyennant préavis de **Deux (2) Mois** au moins.

La résiliation doit être notifiée à l'autre partie par lettre recommandée.

• **Par le souscripteur**

- En cas de disparition des circonstances aggravantes mentionnées dans le contrat si l'Assureur refuse de réduire la cotisation en conséquence

- En cas de majoration tarifaire, le Souscripteur peut résilier son contrat dans les **Quinze (15) Jours** qui suivent la date où il a eu connaissance de cette majoration. La résiliation prend effet **Un (1) Mois** après sa notification à l'Assureur.

• **Par l'assureur**

- En cas de non-paiement des cotisations.

- En cas d'aggravation du risque si le Souscripteur n'accepte pas la nouvelle cotisation proposée par l'Assureur.

- En cas d'omission ou d'inexactitude dans la déclaration du risque à la souscription ou en cours de contrat.

• **De plein droit**

En cas de retrait total de l'agrément de l'Assureur.

La résiliation du contrat par l'une des parties doit être notifiée à l'autre par lettre recommandée à son dernier domicile connu, au minimum **Deux (2) Mois** avant la date d'échéance.

Dans le cas d'une résiliation au cours d'une période d'assurance, la portion de cotisation pour la période restante est remboursée à l'Assuré si elle a été payée d'avance.

Toutefois, cette portion de cotisation est conservée par l'Assureur si le contrat a été résilié pour non-paiement de cotisation.

Titre VI - Dispositions diverses

Expertise en cas de désaccord

S'il y a contestation d'ordre médical chaque partie désigne son médecin.

Si ces médecins ne parviennent pas à un accord, ils s'adjoignent un troisième médecin pour statuer définitivement.

Si l'une des parties ne désigne pas son médecin ou si les médecins représentant les parties ne s'entendent pas sur le choix du troisième médecin, la désignation en est faite par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'Assuré.

Chaque partie conserve à sa charge les honoraires et frais d'intervention du médecin qu'elle a désigné, ceux de l'intervention du troisième médecin sont partagés par moitié entre elles.

Lorsque les conséquences du sinistre sont aggravées par l'existence d'une maladie, d'un état physiologique ou par le refus ou la négligence de l'Assuré de se soumettre aux soins médicaux nécessités par son état, l'indemnité est fixée d'après les suites que le même sinistre aurait eues chez une personne de santé normale, n'ayant pas d'invalidité et ayant suivi un traitement médical approprié.

Direction du procès

Pour les dommages entrant dans le cadre de la garantie «Responsabilité Civile Vie Privée» et dans les limites de celle-ci, l'Assureur assume seul la direction du procès intenté à l'Assuré et a le libre exercice des voies de recours.

L'Assureur prend à sa charge les frais et honoraires d'enquête, d'instruction, d'expertise, d'avocat ainsi que les frais de procès. Ces frais et honoraires viennent en déduction du montant de garantie applicable.

La prise de direction par l'Assureur de la défense de l'Assuré ne vaut pas renonciation pour l'Assureur à se prévaloir de toute exception de garantie dont il n'aurait pas eu connaissance au moment même où il a pris la direction de cette défense.

En cas de procès pénal où les intérêts civils sont ou seront recherchés dans le cadre de cette instance ou de toute autre ultérieurement, l'Assuré s'engage à associer l'Assureur à sa défense sans que cet engagement modifie l'étendue de la garantie du présent contrat.

Transaction

L'Assureur a seul le droit dans la limite de sa garantie de transiger avec les personnes lésées.
Aucune transaction ou reconnaissance de responsabilité intervenant en dehors de l'Assureur ne lui est opposable.
Toutefois, n'est pas considéré comme une reconnaissance de responsabilité l'aveu d'un fait matériel, ni le seul fait d'avoir procuré à la victime un secours urgent lorsqu'il s'agit d'un acte d'assistance que toute personne a le devoir moral d'accomplir.

Prescription

Toutes actions dérivant du présent contrat d'assurance sont prescrites à compter de l'événement qui y donne naissance dans les conditions prévues aux articles L.114-1 à L.114-3 et L.145-9 du Code des assurances.

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.

Toutefois, ce délai ne court :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;

2° En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est portée à dix 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 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 avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Article L 114-3 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.

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription visées à l'article L114-2 du Code des assurances sont énoncées aux articles 2240 à 2246 du Code civil reproduits ci-après.

Article 2240 du Code civil :

La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription.

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 incompétente 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 périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée.

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.

Subrogation

A concurrence des frais qu'il a engagés, l'Assureur est subrogé dans les termes de l'article L 121.12 du Code des Assurances dans les droits et actions du Souscripteur et des Assurés contre tout responsable du sinistre.

De même, lorsque tout ou partie des prestations fournies en exécution des garanties du contrat est couvert totalement ou partiellement par une police d'assurance, un organisme d'assurance maladie, la Sécurité Sociale ou toute autre institution, l'Assureur est subrogé dans les droits et actions de l'Assuré envers les organismes et contrats susnommés.

Arbitrage

Le présent contrat étant fait et souscrit de bonne foi, les parties contractantes s'engagent, en cas de désaccord à ne recourir en justice qu'après avoir tenté une conciliation. A cet effet, elles désigneront chacune un arbitre.

Si les deux arbitres ne se trouvent pas d'accord sur la décision à prendre, elles choisissent d'un commun accord un tiers arbitre pour les départager et tous trois opèrent à la majorité des voix.

Chaque partie paie les frais et honoraires de son arbitre et s'il y a lieu la moitié des honoraires du troisième arbitre.

Réclamation

En cas de réclamation au titre du contrat, l'Assuré peut écrire à :

Chubb European Group Limited
Service Clients Assurances de Personnes
Le Colisée - 8, avenue de l'Arche
92400 Courbevoie
Téléphone (numéro non surtaxé) : 01.55.91.47.28
Mail : gestionpartenariats@chubbgroup.com

Conformément à la Recommandation 2015-R-03 de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, en cas de réclamation, nous nous engageons à accuser réception de votre demande au plus tard dans les **Dix (10) jours** ouvrés

qui suivent la réception de celle-ci et, à y répondre au plus tard dans les **Deux (2) Mois**.

Médiation

En cas de désaccord entre l'Assuré et l'Assureur sur l'exécution du présent Contrat, les parties peuvent, avant toute procédure judiciaire, saisir la Médiation de l'Assurance à l'adresse suivante :

La Médiation de l'Assurance
TSA 50110
75441 Paris Cedex 09
www.mediation-assurance.org

Droit applicable et autorité de contrôle

Le contrat est soumis à la Loi Française et à la réglementation du Code des Assurances.

Chubb European Group Limited est soumise aux contrôles de la Prudential Regulation Authority PRA (20 Moorgate, London EC2R 6DA, Royaume Uni) et de la Financial Conduct Authority FCA (25 The North Colonnade, Canary Wharf, Londres E14 5HS, Royaume Uni).

Titre VII - Information de l'assuré

En application de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, il est précisé que le recueil des données à caractère personnel est obligatoire pour conclure le présent Contrat et, qu'à ce titre, elles feront l'objet d'un traitement dont le responsable est l'Assureur, ce qu'acceptent les personnes sur lesquelles portent les données.

Ces données pourront être utilisées pour les besoins de la gestion des garanties souscrites en exécution du présent Contrat par l'Assureur, ses prestataires et partenaires. Sous réserve que l'Assuré ne s'y soit pas préalablement opposé, ces données pourront être également utilisées pour les actions commerciales de l'Assureur, par ses prestataires et partenaires.

L'Assuré accepte expressément que ses données soient utilisées et transmises, par l'Assureur aux prestataires et partenaires aux fins de gestion des services souscrits ainsi qu'aux fins d'actualisation des données collectées. Ces données pourront également être communiquées à des tiers pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires.

L'Assuré bénéficie du droit d'obtenir communication de ses données auprès de Chubb European Group Limited, Le Colisée, 8 avenue de l'Arche 92419 Courbevoie Cedex et d'en exiger, le cas échéant, la rectification, ou de s'opposer à leur utilisation à des fins de prospection, notamment, commerciale.

Annexe 1 : Tableau des montants de garanties du titre II

Nature des garanties		Montant (voir franchises et plafonds au titre II)	Territorialité
Garanties de base			
A	Capital Décès Accidentel	30 000 € (majoré de 15 000€/enfant à charge)	Monde Entier
B	Capital Invalidité Permanente Totale ou Partielle accidentelle (Capital multiplié par le montant du Barème Européen d'Evaluation des Atteintes à l'Intégrité Physique et Psychique)	Maximum 100 000€	Monde Entier
C	Maximum garanti en cas de Décès et d'Invalidité Accidentels collectifs	Maximum 25 000 000€	Monde Entier
D	Frais Médicaux hors du pays de domicile de l'Assuré <ul style="list-style-type: none"> ▪ Remboursement des frais réels sans franchise ▪ Prise en charge en cas d'hospitalisation <ul style="list-style-type: none"> – Fais de soins dentaires suite à un Accident garanti – Soins dentaires d'urgence – Frais de prothèse optique, dentaire et acoustique, consécutifs à un Accident garanti 	Maximum 15 000€ Maximum 15 000€ 300€/dents (maximum 1 000€) 70% des frais réels (maximum 400€) Maximum 500€/prothèse	Hors pays de domicile de l'Assuré
E	Frais Médicaux complémentaire en France suite a accident garanti <ul style="list-style-type: none"> – Frais de prothèses et d'appareillages 	Maximum 3000€ Maximum 500€	France métropolitaine France métropolitaine
F	Frais de recherche et de secours et premiers transports médicalisés <ul style="list-style-type: none"> – France métropolitaine – Hors France métropolitaine 	Maximum 10 000€ Maximum 30 000€	France métropolitaine Monde Entier
G	Garantie hospitalisation à la suite d'un accident	30€/jour (maximum 60 jours)	Monde Entier
H	Assistance aux personnes : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Transport médical d'urgence / Rapatriement vers le domicile ▪ Retour des membres de la famille assurés ou 2 accompagnants assurés ▪ Transport du corps et Frais de cercueil en cas de décès d'un Assuré ▪ Reconnaissance de corps et formalités Décès ▪ Retour anticipé en cas de décès ou d'hospitalisation ou décès d'un membre de la famille de l'Assuré ▪ Assistance en cas de sinistre survenu au domicile de l'Assuré lors d'un voyage <ul style="list-style-type: none"> – Retour anticipé en cas de dommages graves au domicile – Ou Assistance sinistre au domicile ▪ Présence auprès de l'Assuré hospitalisé ▪ Frais de médicaments ▪ Frais de prolongations de séjour de l'Assuré <ul style="list-style-type: none"> – Prolongation de séjour – Immobilisation ▪ Chauffeur de remplacement 	Frais Réels Frais Réels Frais Réels (Maximum 5 000€) Frais réels (Maximum 250€/nuit) Frais Réels Frais Réels Maximum 100€ Frais réels (maximum 250€/nuit) Frais Réels Maximum 200€/nuit Maximum 100€ /nuit Frais réels	Monde Entier Monde Entier Monde Entier Monde Entier Monde Entier Monde Entier Monde Entier Monde Entier Monde Entier Monde Entier France Métropolitaine
Option confort plus 24			
I	Incapacité Temporaire Totale	90€/jour (Maximum 365 jours ou 20 000€)	Monde Entier

Chubb European Group Limited, compagnie d'assurance de droit anglais sise 100 Leadenhall Street, London, EC3A 3BP, immatriculée sous le numéro 1112892 et dont la succursale pour la France est sise Le Colisée, 8, avenue de l'Arche à Courbevoie (92400), numéro d'identification 450 327 374 R.C.S. Nanterre.
Chubb European Group Limited est soumise aux contrôles de la Prudential Regulation Authority PRA (20 Moorgate, London EC2R 6DA, Royaume Uni) et de la Financial Conduct Authority FCA (25 The North Colonnade, Canary Wharf, Londres E14 5HS, Royaume Uni).

