



“ Assurance des personnes

_Conventions Spéciales

_ **CS Assurance des Personnes**

_ **Sommaire**

- ▀ **Définitions contractuelles**
- ▀ **Garanties Individuelle Accident**

_ **Préambule**

En application des présentes Conventions Spéciales et sous réserve des risques exclus, les garanties accordées par l'Assureur sont celles expressément reprises aux Conditions Particulières du présent contrat.

1 Définitions contractuelles

1.1 DÉFINITIONS SPÉCIFIQUES AUX GARANTIES INDIVIDUELLE ACCIDENT

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 tout autre produit ingéré par erreur ou par suite de l'action criminelle d'un tiers.

NE PEUVENT ÊTRE CONSIDÉRÉS COMME UN ACCIDENT AU SENS DE CETTE DÉFINITION :

- LA RUPTURE D'ANÉVRISME, L'INFARCTUS DU MYOCARDE, L'EMBOLE CÉRÉBRALE OU L'HÉMORRAGIE MÉNINGÉE.

Agression :

Attaque inattendue à laquelle l'Assuré ne s'est pas exposé de manière inconsidérée.

Alpinisme :

- l'ascension ou descente de montagne nécessitant pour la progression l'usage de cordes, crampons et / ou piolets ;
- l'escalade de parois rocheuses, avec ou sans équipement ;
- la traversée de milieux glaciaires ;
- la progression en haute montagne à partir de 3 000 mètres d'altitude.

LA PRATIQUE DU SKI ALPIN SUR PISTES BALISÉES NE RELÈVE PAS DE L'ALPINISME ET CE QUELLE QUE SOIT L'ALTITUDE OÙ CETTE ACTIVITÉ EST PRATiquÉE.

Assuré(s) :

Toute(s) personne(s) désignée(s) sous ce nom aux Conditions Particulières.

Bénéficiaire :

- En cas de décès, le bénéficiaire est :
 - ▲ la personne physique ou morale désignée sous ce nom aux Conditions Particulières, à défaut ;
 - ▲ le conjoint survivant de l'Assuré, non divorcé, ou non séparé de corps, la personne ayant conclu un Pacse avec l'Assuré, le concubin notoire, à défaut ;
 - ▲ les enfants, nés ou à naître, de l'Assuré, vivants ou représentés, à défaut ;
 - ▲ les ayants droit de l'Assuré.

Le bénéficiaire qui attente INTENTIONNELLEMENT à la vie de l'Assuré perd tout droit sur le CAPITAL qui reste néanmoins payable aux autres bénéficiaires.

- Pour les autres prestations autres que celles prévues en cas de décès, le bénéficiaire est l'Assuré, sauf mention contraire indiquée aux Conditions Particulières.

Cessation des garanties :

Date à laquelle prend effet la résiliation, la dénonciation, l'expiration ou la suspension du contrat.

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.

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'avenant incorporant une garantie maladie.

TOUTE AFFECTION OU MALADIE APPARUE PENDANT CETTE PÉRIODE AINSI QUE LEURS SUITES ET CONSÉQUENCES NE DONNENT JAMAIS LIEU À INDEMNISATION.

Echéance principale :

Date qui marque le début de chaque période annuelle d'assurance.

Maximum garanti :

■ Par événement :

Dans le cas où la garantie s'exerce en faveur de plusieurs assurés victimes d'un même *accident* causé par un même événement, l'engagement maximum de l'*Assureur* pour l'ensemble des *indemnités* à verser ne pourra en aucun cas excéder le montant fixé aux Conditions Particulières et ce, quel que soit le nombre de victimes et le maximum garanti par *Assuré*.

■ Par Assuré :

Dans le cas où un accident ou une maladie met en jeu plusieurs garanties souscrites pour un même Assuré, le cumul des indemnités à verser par Assuré ne pourra en aucun cas excéder le montant fixé aux Conditions Particulières.

Sinistre :

Accident ou *maladie* mettant en jeu notre garantie.

Constituent un seul et même sinistre toutes les conséquences ou rechutes d'un même *accident* ou d'une même *maladie*, sous réserves des stipulations applicables en cas de rechute pour la garantie *Incapacité Temporaire de Travail*.

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.

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,
- dont l'activité principale est consacrée à la pratique d'un sport quel qu'il soit ou,
- qui pratique un sport en 1ère Division, en équipe nationale ou à un niveau international.

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 aux Conditions Particulières sont garanties au titre de la vie professionnelle.

1.2 DÉFINITIONS SPÉCIFIQUES AUX GARANTIES ASSISTANCE

Accident

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

Bénéficiaire

Toute personne ou groupe de personnes ayant souscrit la présente convention, proposée à la souscription du contrat d'assurance "Assurance des Personnes".

Domicile

Lieu de résidence principale et habituel du bénéficiaire situé en France Métropolitaine.

Evènements couverts



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

Franchise

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

Hospitalisation

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

2 Garanties Individuelle Accident

2.1 DÉCÈS SUITE À ACCIDENT

2.1.1 Définition

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 par l'assureur de toutes les preuves et justifications disponibles et,
- l'absence de raisons de ne pas présumer qu'un accident s'est produit.

2.1.2 Prestation garantie

L'Assureur verse au *bénéficiaire* le capital indiqué aux Conditions Particulières, si le décès résulte d'un accident garanti ou de ses conséquences et survient dans les 12 mois à compter du jour de l'accident.

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

2.1.3 Paiement des prestations

Le capital est versé en une seule fois au *bénéficiaire*.

2.2 INDEMNITÉS JOURNALIÈRES EN CAS DE COMA SUITE A ACCIDENT

2.2.1 Définition spécifique

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

■ Coma :

Etat caractérisé par une abolition de la conscience et de la vigilance non réversible par la stimulation, verbale ou même douloureuse, consécutif à une lésion cérébrale traumatique ou pathologique.

Le coma ne laisse subsister que les fonctions physiologiques essentielles comme la circulation et la respiration et il doit être déclaré par une autorité médicale compétente.

■ Franchise : 8 jours

Tout coma dont le nombre de jours est **inférieur ou égal à 8 jours** ne donne jamais lieu à indemnisation.

Cette franchise est absolue : tout coma dont le nombre de jours est supérieur à la franchise n'est indemnisé que pour la période excédant la durée de la franchise.

La période d'indemnisation débute après expiration de la franchise.

2.2.2 Durée d'indemnisation

La durée maximale de l'indemnisation est fixée à 365 jours consécutifs à compter du 9^{ème} jour de coma.

2.2.3 Prestations garanties

Lorsque l'Assuré à la suite d'un *accident* garanti se trouve dans un état de coma l'Assureur verse une indemnité journalière dont le montant, la *franchise* et la durée sont indiquées aux Conditions Particulières.

Si le coma survient au cours d'un voyage à l'étranger, celui-ci devra être certifié par un médecin du consulat ou de l'ambassade française du pays dans lequel se trouve l'Assuré

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 Départements et Régions d'Outre-Mer (DROM) et la franchise sera décomptée à partir de cette date.

2.2.4 Paiement des prestations

Ces *indemnités* sont versées mensuellement à terme échu.

2.2.5 Non cumul des prestations

Lorsque l'*Assuré* a également souscrit les garanties « Incapacité Temporaire Totale de Travail » et/ou « Indemnités Journalières en cas d'hospitalisation », un même sinistre ne peut donner lieu au cumul des différentes prestations et c'est le montant le plus élevé qui sera versé.

2.3 PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE SUITE À ACCIDENT

2.3.1 Définition

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

Perte Totale et Irréversible d'Autonomie :

- l'incapacité totale et définitive, survenant avant l'âge de 65 ans révolu, d'exercer une profession quelconque ou une activité rémunératrice et de plus
- l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer l'ensemble des actes ordinaires de la vie.

Cet état, ayant un caractère définitif, n'est susceptible d'aucune amélioration. La personne assurée, classée en troisième catégorie d'Invalidité par la Sécurité Sociale est automatiquement considérée en état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

2.3.2 Prestations garanties

Lorsque l'*Assuré*, suite à un accident garanti, est déclaré en état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, l'*Assureur* verse, à la date de consolidation, le capital indiqué aux Conditions Particulières.

2.3.3 Paiement des prestations

Le capital est versé en une seule fois, dès la date de consolidation. Toutefois, l'*Assuré* pourra demander le versement d'une ou plusieurs avances si, à la fin des 12 mois qui suivent la déclaration de sinistre, la consolidation n'est pas intervenue.

2.4 INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE SUITE À ACCIDENT

2.4.1 Définitions

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.

L'*Assureur* entend par :

- ▲ **Invalidité Permanente Totale** celle entraînant une invalidité de 100 %.
- ▲ **Invalidité Permanente Partielle**, celle qui donne droit à une fraction du capital prévu pour le cas d'invalidité permanente totale.

■ Taux d'Invalidité :

Le taux fixé à dire d'Expert, selon les modalités du barème indiqué aux Conditions Particulières 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* peut être relative ou absolue :

- ▲ **relative** : toute invalidité dont le taux est supérieur à la *franchise* mentionnée aux Conditions Particulières est indemnisée intégralement selon le barème applicable.
- ▲ **absolue** : toute invalidité est systématiquement minorée de la *franchise* mentionnée aux Conditions Particulières.

2.4.2 Prestations garanties

- **En cas d'Invalidité Permanente Totale** il est procédé au versement du capital prévu aux Conditions Particulières.
- **En cas d'Invalidité Permanente Partielle** il est procédé au versement d'un capital, calculé en multipliant le montant du capital aux Conditions Particulières par le taux d'Invalidité définitive.
- 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.

2.4.3 Paiement des prestations

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

2.4.4 Non cumul des garanties

Le capital versé au titre de la garantie de la garantie Invalidité Permanente Totale ou Partielle ne peut être cumulé avec le capital prévu en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ou de décès suite à accident si la garantie est souscrite.

2.5 INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE SUITE À ACCIDENT

2.5.1 Définitions

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 profession telle que précisée aux Conditions particulières.

Si l'*Assuré* n'exerce pas d'activité professionnelle, c'est la période pendant laquelle il est astreint à garder la chambre ou est hospitalisé, sur prescription médicale.

- 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 totale 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*.

2.5.2 Prestations garanties

Lorsque l'*Assuré* à la suite d'un accident garanti est déclaré en incapacité temporaire totale, l'*Assureur* verse une indemnité journalière dont le montant, la franchise et la durée sont indiqués aux Conditions Particulières.

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 Départements et Régions d'Outre-Mer (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 fixée aux Conditions Particulières.

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,

Passé ce délai de trois mois, l'Assureur appliquera à nouveau la franchise dans son intégralité.

2.5.3 Exclusions spécifiques

SONT EXCLUS :

- **LES CURES THERMALES, HELIOMARINES, DE THALASSOTHERAPIE, DE REPOS, DE SOMMEIL, DE DESINTOXICATION, DIETETIQUES.**
- **LES TRAITEMENTS ET INTERVENTIONS CHIRURGICALES A BUT ESTHETIQUE, NON CONSECUTIFS A UN ACCIDENT GARANTI.**
- **LES AFFECTIONS DISCO-VERTÉBRALES, LEURS SUITES ET CONSÉQUENCES SAUF CELLES D'ORIGINE TRAUMATIQUE OU TUMORALE SURVENANT APRÈS LA SOUSCRIPTION DU CONTRAT OU CELLES NÉCESSITANT UNE HOSPITALISATION.**

2.5.4 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.

2.6 INDEMNITÉS JOURNALIÈRES EN CAS D'HOSPITALISATION SUITE À ACCIDENT

2.6.1 Définitions

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

■ **Hospitalisation :**

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

- ▲ habilité à pratiquer des actes et des traitements médicaux auprès de personnes accidentées ou malades et,
- ▲ possédant les autorisations administratives locales autorisant ces pratiques ainsi que le personnel médical nécessaire et qualifié,

ou bien lorsque l'assuré bénéficie d'un service "d'hospitalisation à domicile" (H.A.D.) suite à un accident garanti.

■ **Franchise :**

Durée exprimée en nombre de jours consécutifs et qui s'applique à compter du premier jour d'hospitalisation.

Toute hospitalisation dont le nombre de jours est inférieur ou égal à la franchise ne donne jamais lieu à indemnisation.

Cette franchise est relative ou absolue :

- ▲ **relative** : toute hospitalisation dont le nombre de jours est supérieur à la franchise est indemnisée à compter du premier jour. La période d'indemnisation débute au premier jour d'hospitalisation.
- ▲ **absolue** : toute hospitalisation 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.

2.6.2 Prestations garanties

Lorsque l'Assuré à la suite d'un accident garanti est hospitalisé sur prescription médicale, l'Assureur verse une indemnité journalière dont le montant, la franchise et la durée sont indiquées aux Conditions Particulières.

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

2.6.3 Exclusions spécifiques

SONT EXCLUS :

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

2.6.4 PAIEMENT DES PRESTATIONS

Ces indemnités sont versées mensuellement, à terme échu.

2.6.5 Cumul des prestations

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

2.7 FRAIS DE TRAITEMENT SUITE À ACCIDENT

2.7.1 Définitions

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.

2.7.2 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.

2.7.3 Exclusions spécifiques

SONT EXCLUS :

- LES FRAIS MEDICAUX NON PRIS EN CHARGE PAR UN RÉGIME OBLIGATOIRE.
- LES FRAIS DE TRANSPORT REPETITIFS LIES A UNE AFFECTION CHRONIQUE.
- LES TRAITEMENTS DE RÉÉDUCATION QUI NE SERAIENT NI FONCTIONNELLE NI MOTRICE.
- LES FRAIS DE CURE THERMALE ET DE SEJOUR EN MAISON DE REPOS.

2.7.4 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.

2.8 FRAIS DE RAPATRIEMENT, DE RECHERCHE ET DE SECOURS SUITE À ACCIDENT

2.8.1 Définitions

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

- Frais de rapatriement

Les frais supplémentaires de transport résultant d'un accident garanti en cas de rapatriement sanitaire de l'Assuré alors qu'il effectue un voyage professionnel ou d'agrément.

Le rapatriement est jugé nécessaire lorsqu'un médecin qualifié certifie que les conditions sanitaires locales sont insuffisantes pour soigner l'Assuré ou que son état ne lui permet plus d'envisager un voyage retour dans les conditions initialement prévues.

Il appartient au médecin de déterminer le moyen de transport le mieux adapté à l'état de l'Assuré pour son rapatriement sanitaire.

■ **Frais de recherche et de secours**

Les frais occasionnés par les opérations de recherche, de sauvetage et de transport et engagés par des sauveteurs ou par des organismes publics ou privés lors de tout accident mettant ou pouvant mettre en péril la vie de l'Assuré.

Par transport, on entend le transport de l'Assuré du lieu du sauvetage jusqu'à la localité la plus proche ou si son état nécessite une hospitalisation jusqu'à la clinique ou l'hôpital le plus proche.

■ **Franchise**

Montant des frais engagés par l'Assuré que l'Assureur ne prendra jamais en charge.

Cette franchise est exprimée en euros.

2.8.2 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 aux Conditions Particulières.

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

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

2.9 FRAIS D'AMÉNAGEMENT DU CADRE DE VIE

Dans le cas où l'Assuré est atteint, à la suite d'un accident corporel garanti, d'une invalidité permanente consolidée d'un taux égal ou supérieur à 33%, l'Assureur rembourse les dépenses engagées pour aménager son logement ou son véhicule afin de les rendre praticables et utilisables au regard de sa perte d'autonomie.

Ces remboursements seront effectués sur présentation des factures justificatives, à concurrence de la somme mentionnée aux Conditions Particulières.

2.10 ACCOMPAGNEMENT PSYCHOLOGIQUE

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 indiqué aux Conditions Particulières et sur présentation des justificatifs.

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.

2.11 PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE

Cette garantie est accordée exclusivement suite à accident

Lorsque les blessures subies par l'Assuré entraînent une altération permanente de son apparence physique nous versons à l'Assuré un capital forfaitaire dans la limite du montant maximum indiqué aux Conditions Particulières, suivant les modalités ci-après :

- Le préjudice esthétique sera constaté en fonction des disgrâces consécutives à un accident corporel garanti et subsistant définitivement après consolidation (cicatrices, mutilation, déformation...).
- Il sera évalué par un expert médical, sur une échelle de 1 à 7, comme suit :

1. Très léger	3% du capital garanti
2. Léger	6% du capital garanti
3. Modéré	12% du capital garanti

4. Moyen	20% du capital garanti
5. Assez important	40% du capital garanti
6. Important	75% du capital garanti
7. Très important	100% du capital garanti

2.12 INVALIDITÉ PERMANENTE SUPÉRIEURE A 66%

2.12.1 Définitions

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.

L'assureur entend par :

- ▲ **Invalidité Permanente Totale** celle entraînant une invalidité de 100 % d'après le barème indiqué aux Conditions Particulières.
- ▲ **Invalidité Permanente Partielle supérieure à 66%**, celle qui entraîne une invalidité supérieure à 66% d'après le barème indiqué aux Conditions Particulières.
- ▲ **Invalidité de 2ème catégorie** : selon la définition de l'article L341-4 du Code de la Sécurité Sociale sont classés en invalidité de la 2ème catégorie les invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque.

■ Taux d'Invalidité :

Le taux fixé à dire d'Expert, selon les modalités du barème indiqué aux Conditions Particulières 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.

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

■ Franchise :

Le taux d'invalidité au-delà duquel le bénéficiaire perçoit une *indemnité*.

La franchise est relative : pour toute invalidité dont le taux est supérieur à 66% le capital prévu aux Conditions Particulières est versé intégralement.

2.12.2 Prestations garanties

Pour toute invalidité dont le taux est supérieur ou égal à 66 %, ou qui entraîne une impossibilité absolue d'exercer une profession quelconque (invalidité de 2ème catégorie) il est procédé au versement du capital prévu aux Conditions Particulières.

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 notre égard, par l'état d'infirmité d'autres membres ou organes que l'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 auraient 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.

2.12.3 Paiement des prestations

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

2.12.4 Non cumul des garanties

Le capital versé au titre de la garantie Invalidité Permanente supérieure à 66% ne peut être cumulé avec le capital prévu en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ou de décès suite à accident si la garantie est souscrite.

2.13 PERTE DE PROFESSION SUITE À ACCIDENT

2.13.1 Définitions

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

Perte de profession :

L'impossibilité permanente, totale et définitive d'exercer la profession mentionnée aux Conditions Particulières et effectivement exercée comme profession principale à la survenance du sinistre.

Seule l'atteinte à l'intégrité physique de l'Assuré sera prise en compte pour apprécier l'impossibilité permanente totale et définitive d'exercer sa profession.

2.13.2 Prestations garanties

A la consolidation et sur les rapports de l'expert que l'Assureur aura désigné constatant la perte de profession, l'Assureur versera le capital prévu aux Conditions Particulières

2.13.3 Paiement des prestations

Le capital est versé en une seule fois, dès la date de consolidation. Aucun acompte ne pourra être versé avant cette date.

Si à la suite du versement du capital "Perte de profession", l'Assuré reprend son activité professionnelle et ce, quelle que soit la date de reprise, il s'engage à rembourser à l'Assureur l'intégralité des sommes perçues au titre de la garantie "Perte de profession".

2.14 FRAIS DE RAPATRIEMENT, DE RECHERCHE ET DE SECOURS SUITE À MALADIE

2.14.1 DEFINITIONS

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

■ Frais de rapatriement :

Les frais supplémentaires de transport résultant d'une maladie 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 ou maladie mettant ou pouvant mettre en péril la vie de l'Assuré.

Par transport, on entend le transport de l'Assuré du lieu de l'accident ou du sauvetage jusqu'à la localité la plus proche ou si son état nécessite une hospitalisation jusqu'à la clinique ou l'hôpital le plus proche.

■ Franchise :

Montant des frais engagés par l'Assuré que l'Assureur ne prendra jamais en charge.

Cette franchise est exprimée en euros.

2.14.2 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 figurant aux Conditions Particulières.

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

Pour les frais de recherche, de secours et de transport le remboursement de l'Assureur ne pourra s'effectuer que sur présentation de la demande émanant des sauveteurs ou des organismes publics ou privés, avec le détail des dépenses encourues. La prise en charge des frais engagés dont le remboursement est demandé à l'Assuré sera effectuée à concurrence de la somme mentionnée au tableau figurant aux Conditions Particulières.

2.15 FRAIS D'AMÉNAGEMENT DU CADRE DE VIE PROFESSIONNEL

Dans le cas où l'Assuré est atteint, à la suite d'un accident corporel garanti, d'une invalidité permanente consolidée d'un taux égal ou supérieur à 33%, l'Assureur rembourse les dépenses engagées pour aménager les locaux professionnels ou le véhicule de société afin de les rendre praticables et utilisables au regard de sa perte d'autonomie et ce, pour maintenir le poste de l'Assuré.

Ces remboursements seront effectués sur présentation des factures justificatives, à concurrence de la somme mentionnée aux Conditions Particulières.

2.16 PRISE EN CHARGE DU SALAIRE EN CAS DE PRISE D'OTAGE

2.16.1 Définition

Prise d'otage :

- Toute détention illégale et obtenue par la force, d'une personne, dans un lieu tenu secret, par une ou plusieurs personnes appartenant à des organismes, groupes ou groupuscules politiques ; religieux ou idéologiques ;
- L'impossibilité pour une personne de mener à bien ses obligations professionnelles ou de retourner dans son pays, suite à la perte de sa liberté de déplacement imposée par une autorité gouvernementale, en violation de la « Charte des Droits de l'Homme ».

2.16.2 Objet de la garantie

L'Assureur s'engage à rembourser au *Preneur d'assurance* le salaire brut payé à l'Assuré, ainsi que les charges sociales, durant la période au cours de laquelle ce dernier est retenu en otage, avec un maximum de 100 000 euros par an.

La présente garantie s'applique à partir du 91ème jour suivant la date de prise d'otage.

La durée d'indemnisation sera de 3 ans maximum.

Le *Preneur d'assurance* s'engage à porter à la connaissance de l'Assureur tous les éléments susceptibles d'apprécier le sinistre, à déclarer aux autorités locales la survenance du sinistre et à fournir à l'Assureur, tous les justificatifs afférents à cette déclaration.

SONT EXCLUS

- LE PAIEMENT D'UNE RANÇON ÉVENTUELLEMENT EXIGÉE
- LES FRAIS INHÉRENTS AUX NÉGOCIATIONS EN VUE DE LIBÉRER L'ASSURÉ

En outre, l'Assureur s'interdit toute intervention dans les négociations en vue de la libération de l'Assuré.

2.17 PRISE EN CHARGE DES FRAIS DE COMMUNICATION

L'Assureur prendra en charge, sur présentation de justificatifs, et à concurrence du montant indiqué aux Conditions Particulières, tous les frais résultant d'un événement garanti nécessitant la mise en place d'une communication à caractère urgent et dont l'objet est directement lié à cet événement, aux conditions suivantes :

- le sinistre ait causé des victimes (décès ou invalidité) parmi les Assurés ;
- la mise en place de la campagne de communication survienne dans un délai de quinze jours après le sinistre.

3 Exclusions communes

LES EXCLUSIONS DEFINIES CI-APRÉS VALENT POUR TOUTES LES GARANTIES INDIVIDUELLE ACCIDENT ET COMPLETENT LES EXCLUSIONS SPECIFIQUES A CHAQUE GARANTIE.

SONT EXCLUS

- 1. LA GUERRE CIVILE OU ÉTRANGÈRE, DÉCLARÉE OU NON ;**
- 2. LES EFFETS DIRECTS OU INDIRECTS D'EXPLOSIONS OU DE DÉGAGEMENTS 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 ;

3. **LE SUICIDE OU LA TENTATIVE DE SUICIDE, AINSI QUE TOUTE LÉSION CAUSÉE OU PROVOQUÉE INTENTIONNELLEMENT PAR L'ASSURÉ OU LE BÉNÉFICIAIRE ;**
4. **LES AFFECTIONS DE TYPE PUREMENT PSYCHIATRIQUE, LES MALADIES MENTALES, LA DÉPRESSION NERVEUSE SOUS TOUTES SES FORMES, L'ALIENATION MENTALE,**
5. **LA PARTICIPATION ACTIVE DE L'ASSURÉ À DES RIXES, SAUF CAS DE LÉGITIME DÉFENSE, DES ÉMEUTES, DES ATTENTATS, DES ACTES DE TERRORISME OU DE SABOTAGE ;**
6. **L'USAGE DE DROGUES, STUPÉFIANTS OU PRODUITS TOXIQUES NON PRESCRITS MÉDICALEMENT ;**
7. **LES ACCIDENTS DE LA ROUTE DONT L'ASSURÉ EST VICTIME LORSQU'IL EST CONDUCTEUR D'UN VÉHICULE À MOTEUR ET QUE SON ALCOOLÉMIE EST ÉGALE OU SUPÉRIEURE À LA LIMITE FIXÉE PAR LA RÉGLEMENTATION ROUTIÈRE FRANÇAISE EN VIGUEUR AU JOUR DU SINISTRE ;**
8. **LA NAVIGATION AÉRIENNE EN QUALITÉ DE :**
 - ▲ **PILOTE PROFESSIONNEL OU PERSONNEL NAVIGANT ;**
 - ▲ **PASSAGER SAUF SUR LES LIGNES COMMERCIALES EXPLOITÉES PAR LES COMPAGNIES AGRÉÉES POUR EFFECTUER LE TRANSPORT DE PERSONNES ;**
9. **L'USAGE PAR L'ASSURÉ, À TITRE DE PASSAGER OU DE CONDUCTEUR, D'UN VÉHICULE À 2 OU 3 ROUES, D'UNE CYLINDRÉE SUPÉRIEURE À 125 CM³ ;**
10. **LA PARTICIPATION DE L'ASSURÉ À DES ÉPREUVES DE VITESSE, DES ESSAIS OU DES COMPÉTITIONS NECESSITANT L'UTILISATION D'ENGINS À MOTEUR ;**
11. **LA PRATIQUE PAR L'ASSURÉ DE :**
 - ▲ **TOUT SPORT EN QUALITÉ DE SPORTIF PROFESSIONNEL OU DE HAUT NIVEAU,**
 - ▲ **TOUT SPORT AÉRIEN, AÉRONAUTIQUE OU VOL LIBRE,**
 - ▲ **LA PLONGÉE SOUS-MARINE AVEC BOUTEILLE, L'ALPINISME, L'ESCALADE, LA SPELEOLOGIE, LES SPORTS DE COMBAT AVEC OU SANS ARME, LE SAUT EN ELASTIQUE, LE KITE SURF, LE WINGSUIT.**

4 Non cumul des garanties

Lorsque l'Assuré est garanti en « Perte Totale et Irréversible d'Autonomie » et/ou « Invalidité Permanente », un même sinistre ne peut donner lieu au cumul des deux prestations et c'est le montant le plus élevé des deux qui sera versé.

Si l'Assuré, pour lequel une des prestations mentionnées ci-dessus a été versée, décède dans les deux ans à compter du jour de l'accident, des suites de celui-ci, nous versons au Bénéficiaire une somme égale au montant du capital prévu en cas de décès, diminuée du montant versé au titre de la prestation initialement versée, au titre de la garantie « Perte Totale et Irréversible d'Autonomie » et/ou « Invalidité Permanente ».

5 Prise d'effet des garanties

Sauf dispositions contraires mentionnées aux Conditions Particulières, les garanties prennent effet à la date mentionnée aux Conditions Particulières.

6 Expiration des garanties

Sauf dispositions contraires mentionnées aux Conditions Particulières, les garanties du contrat cesseront 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.
- le 65^{ème} anniversaire de l'Assuré pour les garanties relatives à la maladie.

7 Adaptation des prestations et des cotisations

Si cela est prévu aux Conditions Particulières, le montant des prestations garanties, ainsi que la cotisation, seront revalorisés chaque année, à la date d'échéance principale. Chaque partie a la possibilité de renoncer à cette revalorisation, en notifiant sa décision à l'autre partie, 2 mois au moins avant l'échéance principale. Dans ce cas, le montant des prestations et la cotisation seront stabilisés au niveau atteint lors de l'échéance principale précédente.

8 Révision du tarif

Si l'Assureur est amené à modifier le tarif applicable la cotisation est modifiée dans la même proportion, à compter de l'avis d'échéance qui suit cette modification.

Dans le cas de majoration de la cotisation, le *Preneur d'assurance* en sera informé dans un délai de 2 mois avant l'échéance et pourra, en cas de refus, résilier le contrat dans un délai de 30 jours à compter de la date où il en aura été informé.

La résiliation prendra alors effet, à la date d'échéance.

9 Contrat régularisable - Cotisation

Si le contrat est tarifié sur une base régularisable, il est défini aux Conditions Particulières du contrat une cotisation provisionnelle appelée ainsi que les modalités de régularisation de la cotisation annuelle.

L'Assureur se réserve la possibilité de modifier en cours de contrat le montant de la cotisation appelée, en fonction des déclarations faites par le *Preneur d'assurance* pour les périodes précédentes, de manière à ce que cette cotisation puisse continuer à représenter un pourcentage minimum de 85% de la cotisation globale annuelle de ce contrat.

SANCTIONS :

- En cas d'erreur ou omission dans les déclarations faites par le *Preneur d'Assurance*, celui-ci devra payer, outre le montant de la cotisation, une indemnité égale à 50% de la cotisation omise.
- Si ces erreurs ou omissions ont, par leur nature, leur importance ou leur répétition, un caractère frauduleux, l'Assureur est en droit de répéter les sinistres payés, et ce indépendamment du paiement de l'indemnité ci-dessus prévue. (article L113-10 du Code).

RETARD DANS LA DÉCLARATION :

- A DÉFAUT DE FOURNITURE DANS LE DÉLAI PRESCRIT DE LA DÉCLARATION PRÉVUE, L'ASSUREUR PEUT METTRE EN DEMEURE L'ASSURÉ, PAR LETTRE RECOMMANDÉE, DE SATISFAIRE À CETTE OBLIGATION DANS LES 10 JOURS. SI PASSÉ CE DÉLAI LA DÉCLARATION N'A PAS ÉTÉ FOURNIE, L'ASSUREUR PEUT METTRE EN RECouvreMENT SOUS RÉSERVE DE RÉGULARISATION LORSQU'IL AURA REÇU LA DÉCLARATION, UNE COTISATION PROVISoire CALCULÉE SUR LA BASE DE LA DERNIÈRE DÉCLARATION FOURNIE ET MAJORÉE DE 50 %.
- A DÉFAUT DE PAIEMENT DE CETTE COTISATION, L'ASSUREUR PEUT POURSUIVRE L'EXÉCUTION DU CONTRAT EN JUSTICE OU SUSPENDRE LA GARANTIE ET RÉSILIER LE CONTRAT, ET CE, DANS LES CONDITIONS PRÉVUES AUX CONDITIONS GÉNÉRALES AU PARAGRAPHE RELATIF AU « NON-PAIEMENT DE LA COTISATION ».

10 Obligations en cas de sinistre

10.1.1 Déclaration à l'Assureur

En cas de sinistre, l'Assuré, ou à défaut le *Preneur d'assurance* ou le *Bénéficiaire*, doit :

- Dès qu'il en a connaissance et au plus tard dans les 5 jours ouvrés, aviser l'Assureur ou son représentant légal, par écrit - par lettre recommandée - ou verbalement contre récépissé.
- Indiquer à l'Assureur dans la déclaration du sinistre ou, en cas d'impossibilité, dans une déclaration ultérieure faite dans le plus bref délai :
 - ▲ le N° du contrat,
 - ▲ la date et les circonstances du sinistre, ses causes connues ou présumées,
 - ▲ s'il s'agit d'un accident, les nom et adresse de ces auteurs (s'ils sont connus) et si possible des témoins, ainsi que le procès-verbal ou rapport de l'autorité qui est intervenue,
 - ▲ s'il s'agit d'une maladie, la nature de celle-ci,
 - ▲ le nom du Médecin-traitant,
 - ▲ et, les garanties souscrites pour les mêmes risques auprès d'autres assureurs.
- Adresser à l'Assureur :
 - ▲ en cas d'hospitalisation, 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.

- les factures, feuilles de maladie, honoraires de médecin, relevés de la sécurité sociale, factures hospitalières permettant d'établir le montant réel des débours de l'assuré, ainsi que les feuilles de remboursement dont l'Assuré a été bénéficiaire.
- ▲ en cas de rapatriement sanitaire :
 - le certificat du médecin attestant et justifiant la nécessité du rapatriement ainsi que le moyen de transport utilisé,
 - tout document (factures et titres de transport etc. ...) justifiant les frais engagés par l'Assuré pour son rapatriement,
 - les feuilles de remboursement dont l'Assuré a été bénéficiaire pour le voyage retour initialement prévu.
- ▲ en cas d'incapacité permanente ou de perte de profession :
 - le certificat médical du médecin.
- ▲ en cas de décès :
 - le certificat de décès attestant qu'il s'agit d'un décès accidentel et mentionnant la cause exacte du décès,
 - les documents légaux établissant la qualité du (des) bénéficiaire (s) ainsi que les coordonnées du notaire chargé de la succession.

Toutes les données de santé devront être adressées :

- électroniquement sur le serveur sécurisé des données de santé d'Albingia, via l'adresse suivante indemnisation@sante.albingia.fr dès lors que l'assuré considère que les informations transmises n'exigent pas que la confidentialité soit limitée au seul Médecin Conseil. Le mail devra comporter en objet le numéro de contrat et/ou sinistre. Les données seront archivées sur le serveur HDS ALBINGIA en toute sécurité.

Ou

- au Médecin Conseil d'ALBINGIA sous enveloppe « Confidentielle » sur laquelle est reporté le numéro de contrat et/ou sinistre.

10.1.2 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 de l'Assureur, tous renseignements et attestations, tels que des certificats médicaux en cas de prolongation de la durée de l'incapacité temporaire, toutes les pièces justifiant des frais supportés par lui et tous autres compléments d'information demandés par l'Assureur.

10.1.3 Sanction

En cas de non-respect des obligations applicables en cas de sinistre, 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.

Si, sauf cas fortuit ou de force majeure, le Preneur d'assurance, l'Assuré ou le Bénéficiaire, de mauvaise foi, 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 ou d'une maladie, 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'auraient eues l'accident ou la maladie chez une personne soumise à un traitement médical.

10.1.4 Contrôle 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 de l'Assureur doivent également pouvoir effectuer toutes vérifications nécessaires.

Le refus par l'Assuré ou, s'il s'agit d'un mineur ou d'un incapable majeur, par ses représentants légaux, 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.



10.1.5 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.

Les sinistres en cours à la date de cessation des garanties continuent à être pris en charge jusqu'à leur terme, sous réserve de l'application du délai de prescription.

10.1.6 Expertise

En cas de désaccord sur l'existence, les causes ou les conséquences d'un sinistre, les parties soumettront leur différend à deux médecins désignés, l'un par l'*Assuré* ou le *Bénéficiaire*, l'autre par l'*Assureur*.

S'il y a divergence de vues entre les deux médecins, ceux-ci en désigneront un troisième 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 troisième, 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 trois 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 troisième médecin et des frais de sa nomination.

Référence : **CS_IAGRP_11 CS ADP Groupes (05/22)**



“ Annexes Conventions Spéciales

ASSURANCE DES PERSONNES- ANNEXE A

BARÈME ASSUREUR

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

INVALIDITE PERMANENTE TOTALE

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

INVALIDITE PERMANENTE PARTIELLE "TÊTE"

Perte de substance osseuse du c�r�ne dans toute son épaisseur	
surface d'au moins 6 centimètres carrés	40 %
surface de 3 à 6 centimètres carrés	20 %
surface inférieure à 3 centimètres carrés	10 %
- Ablation partielle de la mâchoire inférieure branche montante en totalité ou moitié du corps du maxillaire	40 %
Perte d'un �cil	40 %
Surdité complète d'une oreille	30 %

INVALIDITE PERMANENTE PARTIELLE

"MEMBRES SUPERIEURS"

Perte d'un bras ou d'une main	60 %
Perte de substance osseuse étendue du bras (lésion définitive et incurable)	50 %
Paralysie totale du membre supérieur (lésion incurable des nerfs)	65 %
Paralysie complète du nerf circonflexe	20 %
Ankylose de l'épaule	40 %
Ankylose du coude en position favorable 15� autour de l'angle droit	25 %
. défavorable	40 %
Perte de substance osseuse étendue des deux os de l'avant-bras (lésion définitive et incurable)	40 %
Paralysie complète du nerf médian	45 %
Paralysie complète du nerf radial	
. � la gouttière de torsion	40 %
. � l'avant-bras	30 %
. � la main	20 %
Paralysie complète du nerf cubital	30 %
Ankylose du poignet en position :	
. favorable : dans la rectitude et en pronation	20 %
. défavorable (flexion ou extension forcée ou en supination)	30 %
Perte	
. totale du pouce	20 %
. partielle du pouce : phalange unguéale	10 %
Ankylose totale du pouce	20 %
Amputation	
totale de l'index	15 %
. de deux phalanges de l'index	10 %
. de la phalange unguéale de l'index	5 %
. simultanée du pouce et de l'index	35 %

"MEMBRES INFERIEURS"

Amputation de cuisse : moitié supérieure	60 %
. moitié inférieure et de jambe	50 %
Perte totale du pied : désarticulation tibio-tarsienne	45 %
Perte partielle du pied :	
. désarticulation sous-astragalienne	40 %
. désarticulation médio-tarsienne	35 %
. désarticulation tarso-métatarsienne	30 %
Paralysie :	
. totale du membre inférieur : lésion incurable des nerfs	60 %
. complète du nerf sciatique poplité externe	30 %
. complète du nerf sciatique poplité interne	20 %
. complète des 2 nerfs sciatiques poplité externe & interne	40 %
Ankylose :	
. de la hanche	40 %
. du genou	20 %
Perte de substance osseuse étendue :	
. de la cuisse ou des deux os de la jambe état incurable	60 %
. de la rotule avec gros écartement des fragments et g�ne considérable des mouvements d'extension	
de la jambe sur la cuisse	40 %
Perte de substance osseuse de la rotule avec conservation des mouvements	20 %
Raccourcissement du membre inférieur :	
. d'au moins 5 cm	30 %
. de 3 à 5 cm	20 %
. de 1 à 3 cm	10 %
Amputation	
. totale de tous les orteils	25 %
. de quatre orteils dont le gros orteil	20 %
. de quatre orteils	10 %

. du pouce et d'un doigt sauf l'index	25 %	20 %	Ankylose du gros orteil	10 %
. de 2 doigts sauf le pouce & l'index	12 %	8 %	Amputation de deux orteils	5 %
. de 3 doigts sauf le pouce et l'index	20 %	15 %	Amputation d'un orteil (autre que le gros)	3 %
. de 4 doigts y compris le pouce	45 %	40 %		
. de 4 doigts le pouce étant conservé	40 %	35 %		
. du médus	10 %	8 %		
. d'1 doigt sauf le pouce, index & médus	7 %	3 %		

- Si l'assuré est gaucher, les indemnités prévues pour les membres supérieurs sont interverties.
- L'invalidité fonctionnelle, totale ou partielle d'un membre ou organe est assimilée à la perte totale ou partielle.
- Les Invalidités non énumérées au barème ci-dessus seront fixées à dire d'expert.



Conditions Générales Assurance de personnes

Le présent contrat est régi par la Loi française et par le *Code* des assurances, désigné "*Code*" dans ce qui suit.

Il se compose :

- ▀ des **Conditions Générales**,
- ▀ des **Conventions Spéciales**, le cas échéant, qui prévalent sur les Conditions Générales,
- ▀ des **Conditions Particulières** qui prévalent sur les Conventions Spéciales et sur les Conditions Générales.

Les termes mis en italique dans le contrat font l'objet de définitions figurant au paragraphe « Définitions » qui s'imposent aux parties contractantes.

Si le contrat garantit des risques situés, au sens de l'article L.191-2 du *Code*, dans les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle, les dispositions particulières de l'article IX dudit *Code* lui sont applicables.

SOMMAIRE

1	Définitions	3
2	Objet du contrat	4
3	Vie du contrat	4
3.1	Formation et prise d'effet du contrat.....	4
3.2	Durée du contrat	4
3.3	Modification, prolongation du contrat	4
4	Déclarations - Sanctions	4
4.1	A la souscription du contrat.....	4
4.2	En cours de contrat	4
4.3	Rappel des sanctions applicables	5
4.4	Assurances multiples	5
5	Résiliation du contrat	5
5.1	Cas de résiliation.....	5
5.2	Formes de la résiliation	6
5.3	Prise d'effet de la résiliation	6
5.4	Sort de la cotisation.....	7
6	Païement des cotisations	7
7	Exclusions communes à l'ensemble des garanties	7
8	Sinistres	8
8.1	Mesures à prendre et formalités en cas de sinistre.....	8
8.2	Règlement des indemnités.....	8
9	Prescription - Subrogation	9
9.1	Prescription	9
9.2	Subrogation.....	9
10	Sanctions internationales	10
11	Information des Assurés – Traitement des Réclamations	11
11.1	L'intermédiaire d'assurance agissant en qualité de mandataire des Assurés est l'interlocuteur privilégié	11
11.2	Contacter L'assureur	11
11.3	L'Assuré souhaite adresser une réclamation à la Direction Clientèle de l'assureur	11
11.4	Le recours au Médiateur de l'assurance	11
11.5	Autorité chargée du contrôle des opérations de l'assureur	11
12	Election de domicile	12
13	Clause attributive de compétence	12
14	Traitement de données personnelles	12

1 Définitions

Assuré :

Le *Preneur d'assurance* ou toute autre personne physique ou morale désignée en cette qualité aux Conditions Particulières.

Assureur :

ALBINGIA société anonyme régie par le Code des assurances, au capital de 34.708.448 euros, ayant son siège sis rue Victor Hugo 109/111, 92532 LEVALLOIS PERRET, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés (RCS) de NANTERRE, sous le numéro 429 369 309 (APE 65.12 Z).

Avenant :

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

Code :

Code des assurances

Cotisation (ou prime) :

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

Déchéance :

La perte du droit à garantie pour le sinistre en cause suite à un manquement de l'*Assuré*.

Franchise :

La part du dommage restant toujours à la charge de l'*Assuré* lors d'un sinistre et dont le montant est fixé aux Conditions Particulières.

Indemnité :

Somme due à l'*Assuré* et/ou au bénéficiaire et/ou à autrui, en cas de sinistre garanti par le présent contrat.

Lock-out :

Fermeture d'un établissement ou cessation d'une activité décidée unilatéralement par la direction en réponse à une situation sociale conflictuelle avec les salariés.

Période d'assurance :

La période comprise entre l'échéance principale et la première date de renouvellement (i) ou entre deux dates anniversaires de renouvellement consécutives (ii), sauf expiration ou résiliation anticipée conformément aux termes et conditions du contrat.

Preneur d'assurance :

La personne, physique ou morale, désignée sous ce nom aux Conditions Particulières, qui demande l'établissement du contrat, le signe et s'engage à en payer les *cotisations*. Toute personne qui lui serait substituée, légalement ou par accord des parties, sera considérée comme *Preneur d'assurance*.

Règle proportionnelle de capitaux (article L.121-5 du Code) :

Règle du *Code* en vertu de laquelle l'*Assureur* n'indemnise l'*Assuré* que dans la proportion existante entre le montant assuré et la valeur de la chose au moment du sinistre.

Subrogation (article L.121-12 du Code) :

Transmission au bénéfice de l'*Assureur*, à concurrence des *indemnités* qu'il a payées, des droits et actions que possède l'*Assuré* contre le ou les responsable(s).

Supports informatiques :

L'ensemble des dispositifs capables de stocker, traiter ou transmettre des informations et/ou données.

Suspension (article L.113-3 du Code) :

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 resouscription des garanties ou la résiliation du contrat.

2 Objet du contrat

Le contrat a pour objet d'accorder à l'Assuré les garanties définies aux Conditions Particulières et/ou Conventions Spéciales, dans la limite des sommes fixées au contrat, et sous réserve de ses exclusions.

3 Vie du contrat

3.1 FORMATION ET PRISE D'EFFET DU CONTRAT

Le contrat est parfait dès l'accord des parties. L'Assureur peut en poursuivre dès ce moment l'exécution, mais le contrat ne produit ses effets qu'à compter de la date précisée aux Conditions Particulières pour autant que la première *cotisation* ait été réglée à cette date. A défaut, il produira ses effets le lendemain à midi du jour du paiement de la première *cotisation*.

3.2 DUREE DU CONTRAT

Le présent contrat est conclu pour la *période d'assurance* fixée aux Conditions Particulières où elle figure en caractères apparents, laquelle ne peut en aucun cas être inférieure à 12 mois.

Le *Preneur d'assurance* peut, nonobstant toute clause contraire, résilier le contrat sans indemnité, chaque année à l'échéance principale, moyennant un préavis d'**au moins deux mois**.

A son expiration, le contrat sera, sauf convention contraire stipulée aux Conditions Particulières, reconduit automatiquement d'année en année, sauf dénonciation par l'une ou l'autre des parties moyennant préavis fixé aux Conditions Particulières. Pour les risques de particuliers, le préavis est de **deux mois** conformément à l'article L.113-12 du *Code*.

3.3 MODIFICATION, PROLONGATION DU CONTRAT

Conformément à l'article L.112-2 du *Code*, toute proposition du *Preneur d'assurance* visant à modifier ou prolonger le présent contrat, ne peut être valablement notifiée que par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique, adressé au siège social de l'Assureur.

4 Déclarations - Sanctions

4.1 A LA SOUSCRIPTION DU CONTRAT

Le contrat est établi sur la base des déclarations faites, des documents fournis (y compris le formulaire de déclaration des risques) et des correspondances sur support papier et/ou électronique intervenues entre le *Preneur d'assurance* et l'Assureur. L'ensemble de ces déclarations, documents et correspondances font partie intégrante du contrat.

L'ensemble de ces éléments permettent à l'Assureur d'apprécier les risques qu'il prend en charge.

Toute réticence, omission ou déclaration inexacte du Preneur d'assurance dans ces déclarations, documents et correspondances adressés à l'Assureur sera sanctionnée par application :

- de l'article L.113-8 du *Code*, en cas de mauvaise foi de l'Assuré,
- de l'article L.113-9 du *Code* si la mauvaise foi de l'Assuré n'est pas établie.

4.2 EN COURS DE CONTRAT

L'Assuré doit déclarer à l'Assureur, par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique, et dans un délai de quinze jours à partir du moment où il a eu connaissance de :

- circonstances nouvelles qui ont pour conséquence soit d'aggraver les risques, soit d'en créer de nouveaux, et rendent de ce fait inexacts ou caduques les réponses faites à l'Assureur, notamment dans le formulaire de déclaration du risque ou les déclarations spontanées dont il a pris l'initiative.
- toute procédure de conciliation, de sauvegarde, de redressement ou de liquidation judiciaire de sa société.

et ce, sous peine des sanctions prévues

- à l'article L.113-8 du *Code*, en cas de mauvaise foi de l'Assuré,
- à l'article L.113-9 du *Code* si la mauvaise foi de l'Assuré n'est pas établie.

En cas d'aggravation du risque ou de création d'un risque nouveau en cours de contrat, telle que, si les circonstances nouvelles avaient été déclarées lors de la conclusion ou du renouvellement du contrat, l'Assureur n'aurait pas contracté ou ne l'aurait fait que moyennant une *cotisation* plus élevée, l'Assureur a la faculté soit de dénoncer le contrat, soit de proposer un nouveau montant de *cotisation*.

- Dans le premier cas, la résiliation ne peut prendre effet que 10 JOURS après notification et l'Assureur doit alors rembourser à l'Assuré la portion de *cotisation* afférente à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru.
- Dans le second cas, si l'Assuré ne donne pas suite à la proposition de l'Assureur ou s'il refuse expressément le nouveau montant, dans le délai de 30 JOURS à compter de la proposition, l'Assureur peut résilier le contrat au terme de ce délai, à condition d'avoir informé l'Assuré de cette faculté, en la faisant figurer en caractères apparents dans la lettre de proposition.

Toutefois, l'Assureur ne peut plus se prévaloir de l'aggravation des risques ou de la création de risques nouveaux quand, après en avoir été informé de quelque manière que ce soit, il a manifesté son consentement au maintien de l'assurance, spécialement en continuant à recevoir les cotisations ou en payant, après un sinistre, une indemnité.

Si le Preneur d'assurance justifie d'une diminution des risques garantis, la cotisation peut être réduite par avenant. Cette réduction ne porte que sur les cotisations à échoir après la demande de réduction. Si l'Assureur refuse de diminuer la cotisation, le Preneur d'assurance peut résilier le contrat, moyennant un préavis de 30 JOURS, et obtenir le remboursement du prorata de cotisation non couru.

L'Assuré doit aviser l'Assureur, dès qu'il en a eu connaissance et au plus tard dans le délai fixé par le contrat, de tout sinistre de nature à entraîner la garantie de l'Assureur.

4.3 RAPPEL DES SANCTIONS APPLICABLES

4.3.1 Omission et fausse déclaration intentionnelle (article L.113-8 du Code)

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, et sous réserve des dispositions de l'article L. 132-26 du Code, le contrat d'assurance est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'Assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'Assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'Assuré a été sans influence sur le sinistre.

4.3.2 Fausse déclaration non intentionnelle (article L.113-9 du Code)

L'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'Assuré dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de l'assurance. Si elle est constatée avant tout sinistre, l'Assureur a le droit soit de maintenir le contrat, moyennant une augmentation de prime acceptée par l'Assuré, soit de résilier le contrat dix jours après notification adressée à l'Assuré par lettre recommandée, en restituant la portion de la prime payée pour le temps où l'assurance ne court plus. Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après un sinistre, l'indemnité est réduite en proportion du taux des primes payées par rapport au taux des primes qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

4.3.3 Déchéance de garantie (article L.113-2 du Code)

LA DECLARATION PREVUE AU § 4.2 CI-DESSUS, FAITE TARDIVEMENT PAR L'ASSURE, ENTRAINE UNE DECHEANCE DE GARANTIE OPPOSABLE A L'ASSURE, SI L'ASSUREUR ETABLIT QUE LE RETARD DANS LA DECLARATION LUI A CAUSE UN PREJUDICE, SAUF SI LE RETARD EST DU A UN CAS FORTUIT OU DE FORCE MAJEURE.

4.4 ASSURANCES MULTIPLES

Si un ou plusieurs risques assurés par le présent contrat sont ou viennent à être couverts par une autre assurance, le Preneur d'assurance ou l'Assuré doit 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).

Quand plusieurs assurances contre le même risque sont contractées de manière dolosive ou frauduleuse, les sanctions prévues à l'article L.121-3 premier alinéa du Code sont applicables.

Quand elles sont contractées sans fraude, chacune d'elles produit ses effets dans les limites des garanties du contrat et dans le respect des dispositions de l'article L.121-1 du Code, quelle que soit la date à laquelle l'assurance aura été souscrite. Dans ces limites, le bénéficiaire du contrat peut obtenir l'indemnisation de ses dommages en s'adressant à l'Assureur de son choix (article L.121-4 du Code).

5 Résiliation du contrat

5.1 CAS DE RESILIATION

Le contrat peut être résilié dans les cas et conditions ci-après, moyennant les formes et délais précisés par le Code :

5.1.1 Par l'Assureur

- En cas de non-paiement des cotisations (article L.113-3 du Code),
- En cas d'aggravation du risque (article L.113-4. du Code),
- En cas d'omission ou d'inexactitude dans la déclaration du risque à la souscription ou en cours de contrat (article L.113-9 du Code),
- Après sinistre (article R.113-10 du Code).

5.1.2 Par le Preneur d'assurance

- En cas de diminution du risque en cours de contrat, si l'Assureur refuse de réduire la cotisation en conséquence (article L.113-4 du Code).
- En cas de résiliation par l'Assureur, après sinistre, d'un autre contrat du Preneur d'assurance (article R.113-10 du Code).

- En cas de transfert de portefeuille (article L.324-1 du *Code*).

5.1.3 Par le Preneur d'assurance ou l'Assureur

- A la date d'échéance principale, moyennant respect du préavis fixé aux Conditions Particulières (article L.113-12 du *Code*)
- En cas de survenance d'un des événements suivants (article L.113-16 du *Code*) :
 - ▲ changement de domicile,
 - ▲ changement de situation matrimoniale,
 - ▲ changement de régime matrimonial,
 - ▲ changement de profession,
 - ▲ retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle,
 - ▲ lorsque le contrat a pour objet la garantie de risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle.

5.1.4 Par l'héritier ou l'acquéreur d'une part ou l'Assureur d'autre part

- En cas de transfert de propriété du bien ou de l'entreprise sur lequel repose l'assurance (article L.121-10 du *Code*) par suite de décès ou d'aliénation sous réserve, en cas d'aliénation, des dispositions prévues à l'article L.121-11 du *Code* si la garantie s'exerce sur du matériel mobile à moteur.
- En cas d'aliénation, celui qui aliène reste tenu envers l'Assureur du paiement des *cotisations* échues ; il reste tenu des *cotisations* à échoir jusqu'au moment où il a, par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique, informé l'Assureur de l'aliénation (article L.121-10 du *Code*).

5.1.5 De plein droit

- En cas de retrait de l'agrément administratif accordé à l'Assureur (article L.326-12 du *Code*)
- En cas de réquisition de propriété des biens assurés, dans les cas et conditions prévus par la législation en vigueur.
- En cas de perte totale des biens assurés résultant d'un événement non garanti par le contrat (article L.121-9 du *Code*).

5.2 FORMES DE LA RESILIATION

5.2.1 Lorsque le Preneur d'assurance a la faculté de résilier le contrat, il peut le faire :

- soit par lettre ou tout autre support durable,
- soit par lettre recommandée ou envoi recommandé électronique,
- soit par une déclaration faite contre récépissé au siège social de l'Assureur,
- soit par acte extrajudiciaire signifié au siège social de l'Assureur,

Le cas échéant, le délai de résiliation court à partir de la date figurant sur le cachet de la poste, ou de la date d'expédition de l'envoi recommandé électronique.

L'Assureur confirme par écrit la réception de la notification.

5.2.2 Lorsque l'Assureur décide de résilier le contrat, la notification est faite au Preneur d'assurance par lettre recommandée adressée au dernier domicile connu de celui-ci.

5.2.3 Résiliation pour modification ou cessation du risque

En cas de résiliation pour changement de domicile, de situation ou régime matrimonial, de profession, pour retraite ou cessation définitive d'activité professionnelle (Article L.113-16 du *Code*), la résiliation doit être notifiée à l'autre partie, selon les modalités prévues au 5.2.1, et en indiquant la nature et la date de l'événement invoqué.

Si la résiliation émane du Preneur d'assurance, elle devra comporter toute précision de nature à établir qu'elle est en relation directe avec ledit événement.

La demande de résiliation doit être faite :

- si elle émane du Preneur d'assurance, dans les trois mois suivant la date de l'événement,
- si elle émane de l'Assureur, dans les trois mois suivant le jour où l'Assureur a reçu notification de l'événement, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

5.3 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 aux Conditions Particulières,
- 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 (paragraphe 5.1.1) : 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 (paragraphe 5.1.1),
- 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.

5.4 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 5.1.1), 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.

6 Paiement des cotisations

Le Preneur d'assurance doit payer à l'Assureur les *cotisations* et compléments de *cotisations* dont le montant est fixé aux avis d'échéance, ainsi que les impôts et taxes établis ou pouvant être établis.

Les *cotisations* sont, sauf stipulation contraire, payables annuellement et d'avance, aux dates indiquées aux avis d'échéance.

Les *cotisations* sont payables au Siège social de l'Assureur.

A défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation, dans les 10 JOURS de son échéance, et indépendamment de son droit pour l'Assureur de poursuivre l'exécution du contrat en justice, la garantie ne peut être suspendue que 30 JOURS après la mise en demeure du Preneur d'assurance. Cette mise en demeure résulte de l'envoi d'une lettre recommandée adressée au Preneur d'assurance à son dernier domicile connu de l'Assureur.

Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

Le non-paiement d'une fraction de cotisation entraîne l'exigibilité de la totalité des fractions de cotisations restant dues au titre de l'année d'assurance en cours. La cotisation ou fraction de cotisation est portable dans tous les cas après mise en demeure de l'Assuré. La suspension de la garantie pour non-paiement de la cotisation ne dispense pas l'Assuré de l'obligation de payer les cotisations subséquentes à leur échéance.

L'Assureur a le droit de résilier le contrat 10 JOURS après l'expiration du délai de 30 JOURS visé ci-dessus.

Le contrat non résilié reprend pour l'avenir ses effets, à midi, le lendemain du jour où ont été réglées à l'Assureur la cotisation impayée ou, en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure, et celles venues à échéance pendant la période de *suspension* ainsi que les frais de poursuites et recouvrement éventuels.

7 Exclusions communes à l'ensemble des garanties

SAUF DEROGATION EXPRESSE DE L'ASSUREUR ET SANS QU'AUCUNE STIPULATION EXISTANTE NE PUISSE Y DEROGER, MEME PARTIELLEMENT, SONT TOUJOURS EXCLUS :

1. LES PERTES, DOMMAGES OU PREJUDICES RESULTANT D'UNE FAUTE INTENTIONNELLE OU DOLOSIVE DU PRENEUR D'ASSURANCE ET/OU DE L'ASSURE OU COMMIS AVEC LEUR COMPLICITÉ
2. LES PERTES, DOMMAGES OU PREJUDICES RESULTANT DE VICES, DEFECTUOSITES, IMPERFECTIONS QUI EXISTAIENT A LA SOUSCRIPTION DU CONTRAT ET QUI ETAIENT CONNUS DE L'ASSURE.
3. TOUS DOMMAGES, PERTES, FRAIS OU COUTS DE QUELQUE NATURE QUE CE SOIT, CAUSES DIRECTEMENT OU INDIRECTEMENT PAR UNE REACTION NUCLEAIRE, UN RAYONNEMENT NUCLEAIRE OU UNE CONTAMINATION NUCLEAIRE, INDEPENDAMMENT DE TOUTE AUTRE CAUSE POUVANT CONTRIBUER AU DOMMAGE OU L'OCCASIONNER, ET CE QUEL QUE SOIT L'ORDRE DE SURVENANCE DES CAUSES.

4. DES LORS QU'ILS RESULTENT D'UN PROGRAMME OU D'UN ENSEMBLE DE PROGRAMMES INFORMATIQUES CONCUS OU UTILISES DE FAÇON MALVEILLANTE OU UTILISES PAR ERREUR SONT EXCLUS :
- ▲ LES DOMMAGES DE TOUTE NATURE AUX DONNEES SUR TOUS SUPPORTS INFORMATIQUES (Y COMPRIS EN COURS DE TRANSMISSION ET DE TRAITEMENT), AINSI QUE LES ATTEINTES A LA DISPONIBILITE, L'AUTHENTICITE, L'INTEGRITE OU LA CONFIDENTIALITE DE CES INFORMATIONS ET/OU DONNEES ;
 - ▲ AINSI QUE LEURS CONSEQUENCES IMMATERIELLES ET FINANCIERES.

SAUF DEROGATION EXPRESSE DE L'ASSUREUR ET SANS QU'AUCUNE STIPULATION EXISTANTE NE PUISSE Y DEROGER, MEME PARTIELLEMENT, LORSQUE LA POLICE COMPORTE UNE GARANTIE RESPONSABILITE CIVILE, DEMEURENT TOUJOURS EXCLUS :

5. LES DOMMAGES RESULTANT D'UN PROGRAMME OU D'UN ENSEMBLE DE PROGRAMMES INFORMATIQUES :
- ▲ CONÇUS OU UTILISES DE FAÇON MALVEILLANTE POUR PORTER ATTEINTE A LA DISPONIBILITE, L'AUTHENTICITE, L'INTEGRITE OU LA CONFIDENTIALITE DE DONNEES STOCKEES, TRANSMISES OU FAISANT L'OBJET D'UN TRAITEMENT, OU POUR PORTER ATTEINTE AUX RESEAUX ET SYSTEMES D'INFORMATION ET DONC AUX SERVICES QUE CES DERNIERS OFFRENT OU RENDENT ACCESSIBLES ;
 - ▲ OU UTILISES PAR ERREUR ET AYANT POUR CONSEQUENCE DE PORTER ATTEINTE A LA DISPONIBILITE, L'AUTHENTICITE, L'INTEGRITE OU LA CONFIDENTIALITE DE DONNEES STOCKEES, TRANSMISES OU FAISANT L'OBJET D'UN TRAITEMENT, OU DE PORTER ATTEINTE AUX RESEAUX ET SYSTEMES D'INFORMATION ET DONC AUX SERVICES QUE CES DERNIERS OFFRENT OU RENDENT ACCESSIBLES.

8 Sinistres

8.1 MESURES A PRENDRE ET FORMALITES EN CAS DE SINISTRE

Dès qu'il a connaissance d'un sinistre de nature à entraîner la garantie de l'Assureur, l'Assuré, ou à défaut le Preneur d'assurance ou le bénéficiaire, doit :

- En faire la déclaration à l'Assureur ou son représentant légal, par écrit - par lettre recommandée - ou verbalement contre récépissé. **CETTE DECLARATION DOIT ETRE FAITE, SOUS PEINE DE DECHEANCE, SAUF CAS FORTUIT OU DE FORCE MAJEURE, DÈS QUE L'ASSURE EN A CONNAISSANCE ET AU PLUS TARD DANS LES 5 JOURS OUVRES A COMPTER DE LA DATE A LAQUELLE IL EN A EU CONNAISSANCE.**

S'il s'agit d'un vol, ce délai est ramené à 2 jours ouvrés.

L'ASSUREUR NE POURRA OPPOSER LA DECHEANCE QUE S'IL ETABLIT QUE LE RETARD DANS LA DECLARATION LUI A CAUSE UN PREJUDICE.

- Prendre immédiatement, à ses frais, toutes les mesures nécessaires pour limiter l'ampleur des dommages et /ou préjudices déjà survenus et prévenir la réalisation d'autres dommages et/ou préjudices.
- Fournir à l'Assureur dans la déclaration du sinistre, ou en cas d'impossibilité dans une déclaration ultérieure faite dans les plus brefs délais, tous les renseignements et éléments d'information sur les causes, circonstances et conséquences du sinistre, la nature, le montant approximatif des dommages et le lieu où ceux-ci peuvent être constatés.
- Indiquer, le cas échéant, le nom et l'adresse de la personne ou de l'entreprise responsable du sinistre, et si possible des témoins.
- En cas de vol :
 - ▲ aviser immédiatement les autorités locales de police ;
 - ▲ déposer une plainte au Parquet et prendre sans retard les mesures propres à faciliter la découverte de l'auteur du délit et la récupération des biens volés ;
 - ▲ aviser la Compagnie de cette récupération dans les huit jours.
- En cas de vandalisme :
 - ▲ aviser immédiatement les autorités locales de police ;
 - ▲ déposer une plainte au Parquet et prendre sans retard les mesures propres à faciliter la découverte de l'auteur du délit.

- Obtenir, en cas d'urgence, l'accord écrit de l'Assureur préalablement à la réparation des biens endommagés, à condition que ces mesures ne modifient pas l'aspect du sinistre et permettent toutes les constatations ou vérifications utiles. Cette demande peut être faite à l'Assureur par tout moyen, notamment par mail, et l'Assureur s'engage à y répondre dans un délai de 72 heures à compter de sa réception. A défaut, le silence de l'Assureur vaudra acceptation tacite.

L'ASSUREUR NE REpond PAS DES DOMMAGES CONSECUTIFS AU MAINTIEN EN SERVICE D'UN BIEN ENDOMMAGE AVANT SA REMISE EN ETAT DEFINITIVE.

- Prendre dans tous les cas et jusqu'à expertise, les mesures utiles à la constatation des dommages en conservant notamment les pièces endommagées ou à remplacer.
- Transmettre à l'Assureur, dès réception, tous avis, lettres, convocations, assignations, actes extrajudiciaires et pièces de procédure qui seraient adressés, remis ou signifiés à lui-même ou à ses préposés.

EN CAS D'INEXECUTION DE L'UNE DES OBLIGATIONS PREVUES A L'ARTICLE 8.1, L'INDEMNITE POURRA ETRE REDUITE EN PROPORTION DU PREJUDICE CAUSE A L'ASSUREUR.

PAR DEROGATION AU PARAGRAPHE PRECEDENT, EN CAS DE NON-TRANSMISSION D'UNE ASSIGNATION DANS LE DELAI D'UN MOIS SUIVANT SA SIGNIFICATION A L'ASSURE, L'ASSUREUR SERA EN DROIT DE LUI OPPOSER LA DECHEANCE DE GARANTIE SAUF CAS DE FORCE MAJEURE, S'IL ETABLI QUE LE RETARD LUI A CAUSE UN PREJUDICE.

L'ASSURE QUI, DE MAUVAISE FOI, EXAGERE LE MONTANT DES DOMMAGES, PRETEND DETRUIRE DES BIENS N'EXISTANT PAS LORS DU SINISTRE, DISSIMULE OU SOUSTRAIT TOUT OU PARTIE DES BIENS ASSURES, EMPLOIE SCIEMMENT COMME JUSTIFICATION DES MOYENS FRAUDULEUX OU DES DOCUMENTS MENSONGERS, EST ENTIEREMENT DECHU DE TOUT DROIT A LA GARANTIE POUR LE SINISTRE CONCERNE.

8.2 REGLEMENT DES INDEMNITES

L'indemnité est payable dans un délai de 10 JOURS ouvrés à compter de l'accord des parties ou de la décision judiciaire devenue exécutoire. Ce délai ne court que du jour où l'Assuré a justifié de ses qualités à recevoir l'indemnité et, en cas d'opposition, de la notification à l'Assureur de la mainlevée.

L'Assureur ne peut être astreint qu'au versement des indemnités fixées par les instances judiciaires françaises ainsi que par des juridictions étrangères dont la décision a reçu l'exequatur en territoire national. L'indemnité est payable en FRANCE et en euros.

9 Prescription - Subrogation

9.1 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'évènement 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'évènement 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°, 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 incompétente 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 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. »
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. »

9.2 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'Assuré contre tous responsables du sinistre.

SI LA SUBROGATION NE PEUT PLUS, DU FAIT DE L'ASSURE, S'OPERER 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.

10 Sanctions internationales

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

interdictions ou restrictions de certaines activités industrielles, commerciales ou de services, notamment financiers et assurantiels (fourniture d'un service d'assurance et/ou la couverture de certains biens et/ou certaines activités).

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

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

11 Information des Assurés – Traitements des réclamations

Conformément à l'article L.112-2 du Code des assurances, la Compagnie ALBINGIA précise quels sont les différents moyens d'information dont disposent les assurés concernant le présent contrat.

11.1 L'INTERMEDIAIRE D'ASSURANCE AGISSANT EN QUALITE DE MANDATAIRE DES ASSURES EST L'INTERLOCUTEUR PRIVILEGIE

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 dont les coordonnées figurent sur les documents contractuels.

11.2 CONTACTER LA COMPAGNIE

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.

11.3 LES ASSURES SOUHAITENT ADRESSER UNE RECLAMATION A LA DIRECTION CLIENTELE DE LA COMPAGNIE ALBINGIA

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 courriel :

reclamation@albingia.fr

Par courrier :

Albingia

Service Réclamation

109/111 rue Victor Hugo

92300 Levallois Perret

11.4 LE RECOURS AU MEDiateur DE L'ASSURANCE

Si les réponses apportées à la réclamation sont considérées comme non satisfaisantes, ou en l'absence de réponse dans un délai de 2 mois après l'envoi de la première réclamation écrite, un recours peut être présenté au Médiateur de l'Assurance.

Le médiateur peut être saisi :

Par courrier :

La Médiation de l'Assurance

TSA 50 110

75 441 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 médiation sur : www.mediation-assurance.org/la-charte-du-mediateur/

11.5 AUTORITE CHARGEE DU CONTROLE DES OPERATIONS DE LA COMPAGNIE

Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR)

4 Place de Budapest – CS 92459

75436 Paris cedex 09

12 Election de domicile

Pour l'exécution du contrat, l'Assureur fait élection de domicile en son siège social en France et seule est reconnue la compétence des juridictions françaises.

13 Clause attributive de compétence

Tout litige entre 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.

14 Traitement des données personnelles et de santé

14.1 TRAITEMENT DES DONNEES PERSONNELLES

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

Les Données à Caractère Personnel collectées sont destinées à ALBINGIA, Responsable du Traitement ainsi qu'aux entités échangeant avec ALBINGIA à des fins de gestion et de suivi des demandes. Les personnes intervenant dans le traitement des demandes pourront accéder aux données de l'Assuré / Preneur d'assurance uniquement à cette fin.

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

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

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

Par ailleurs, l'Assuré / 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'Assuré / 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'Assuré / 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 suivi 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'Assuré / 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'Assuré / 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.

14.2 TRAITEMENT DES DONNEES DE SANTE

Par la signature du contrat d'assurance, l'Assuré / 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 être 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'Assuré / 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'assuré 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.

Référence CG : CG_IA_10- 11/2025