

NOTICE D'INFORMATION AU CONTRAT N°IA1800342

CHAMP D'APPLICATION DES GARANTIES :

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

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

- au cours des réunions et manifestations en relation avec les activités sportives déclarées,
- sur le trajet emprunté pour se rendre sur les lieux de travail ou de pratiques sportives et en revenir,
- lors de la pratique des activités sportives déclarées à titre de loisirs.

Il est dérogé à l'exclusion J.

TERRITORIALITE : Monde entier

ASSURES : Les moniteurs de sport adhérent à l'UNSA

Catégorie 1

Pêche, golf, sports de raquettes I (tennis, tennis de table, badminton, badten), sports de tir, tir à l'arc (dont airsoft, ball-trap, paintball), sports de balle et assimilés I (basket ball, volley, beach volley, handball, footbag, foot freestyle, pelote basque, boules, bowling, balle au tambourin, frisbee, pétéca, plumfoot,

speed ball, touc rugby), athlétisme, pentathlon, aviron, pratiques gymniques douces (gymnastique volontaire ou expression corporelle, coach sportif, cardio-training, fitness, musculation, pilates, shintaïdo, tai-chi-chuan, yoga, twirling bâton, cheerleading, chi kong, cirque, danse,), haltérophilie, bras de fer, handisport, natation, sports nautiques I (voile, longe côte, bateau habitable), randonnée pédestre (hors terrain de montagne), curling.

Catégorie 2

Sports de montagne et assimilés I (randonnée pédestre en montagne, raquette à neige, ski nordique, biathlon, course d'orientation, marche nordique), cyclisme sur route, cyclotourisme, run & bike, triathlon, sports de balle et assimilés II (2X2 jorkyball, base ball, beach soccer, fair ball, football, foot en salle, sepak takraw, squash, da cau) hockey sur gazon ou bitume, arts martiaux (kendo, yoseikan budo, judo, karaté, etc.), capoeira, escrime, lutte, gymnastique sportive, slackline (limité à 1.50m), trampoline, sports à roulettes (patinage, roller, skateboard, trottinette), traîneau à chiens, musher, course à pied

Catégorie 3

Sports de montagne et assimilés II (acrobranche, via ferratta, via corda, parc

aventure, ski, snowboard et autres glisses sur piste, luge, VTT, pisteurs secouristes de ski nordique, vélo sur chemin blanc), sports d'eaux vives (canoé, kayak, rafting, hydrospeed), sports nautiques II (kitesurf, surf, planche à voile, ski nautique, wave ski, char à voile, skipper 200 et 200 restreint, stand up paddle), sports de glace (hockey et patinage sur glace, skeleton, luge), sports de combat (boxe, boxe thai), sports de balle et assimilés II (rugby, football américain, football australien), équitation, activités sportives à bord d'engins à moteurs (jetski, karting, etc.).

Catégorie 4

Sports de montagne et assimilés III (alpinisme, ski, snowboard et autres glisses hors-piste, ki-alpinisme, ski de randonnée, randonnée glaciaire escalade, canyon, spéléologie), plongée sous-marine.

Catégorie 5

Vol libre et sports aériens (parapente, deltaplane, chute libre, skysurf, Parachutisme), saut à l'élastique.

MONTANT DES GARANTIES ET DES FRANCHISES

GARANTIE	CAPITAL	
Décès accidentel	30 000 EUR	
	CAPITAL MAJORE DE 15 000 EUR PAR ENFANT A CHARGE	
GARANTIE	CAPITAL	FRANCHISE
Invalidité Permanente Totale suite à accident (réductible en fonction du barème joint en cas d'Invalidité Permanente Partielle)	100 000 EUR	Néant
GARANTIE	INDEMNITE JOURNALIERE	FRANCHISE
Incapacité Temporaire Totale accident payable pd 365 Jours	SELON OPTION	10 jours
GARANTIE	INDEMNITE	FRANCHISE
Frais de traitement suite à accident	3 000 EUR	38,00 EUR
Frais de recherche et secours :		
- En France métropolitaine	MAX 10 000 EUR	
- Hors France métropolitaine	MAX 30 000 EUR	

Maximum garanti : - par événement : 10 000 000 EUR - par assuré : 100 000 EUR

Prestations Assistance : Mondial Assistance Protocole n°621 338

1. DEFINITIONS COMMUNES

Il est convenu que tous les termes utilisés au titre des définitions gardent leur sens tout au long du contrat.

Lorsqu'une définition s'applique exclusivement au contenu d'une garantie, celle-ci est identifiée entre parenthèses et en italiques à côté du terme défini.

Accident (Assistance) :

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

Accident :

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

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

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

NE PEUVENT ETRE CONSIDERES COMME UN «ACCIDENT» AU SENS DE NOTRE DEFINITION :

- LA RUPTURE D'ANEVRISME, L'INFARCTUS DU MYOCARDE, L'EMBOLIE CEREBRALE OU L'HEMORRAGIE MENINGEE,

ces affections étant couvertes au titre de la garantie maladie si elle est souscrite.

Alpinisme :

- L'ascension ou descente de montagne nécessitant pour la progression l'usage de cordes, crampons ou piolet ;
- L'escalade de parois rocheuses, équipées ou non ;
- La traversée de milieux glaciaires ;
- La progression en haute montagne à partir de 3 000 mètres d'altitude.

Nous ne considérons pas l'activité ci-après mentionnée comme relevant de la pratique de l'alpinisme et ce, quelle que soit l'altitude où cette activité est pratiquée

- La pratique du ski alpin sur pistes balisées.

Année d'assurance :

La période comprise entre deux échéances principales.

Toutefois :

- si la date d'effet du contrat est distincte de l'échéance principale, la première année d'assurance est la période comprise entre la date d'effet et la première échéance principale ;

- si le contrat expire entre deux échéances principales, la dernière année d'assurance est la période comprise entre la dernière échéance principale et la date d'expiration du contrat.

Assuré(s) :

Les moniteurs de sport, adhérents de l'UNSA qui ont adhéré au contrat IA1800342 et qui ont pris connaissance des conditions.

Bénéficiaire :

- En cas de décès, le bénéficiaire est :
 - . la personne physique ou morale désignée sous ce nom, à défaut
 - . le conjoint survivant de l'assuré, non divorcé, ou non séparé de corps, à défaut
 - . les enfants de l'assuré, vivants ou représentés, à défaut
 - . les ayants droit de l'assuré.
- LE BENEFICIAIRE QUI ATTENTE INTENTIONNELLEMENT A LA VIE DE L'ASSURE PERD TOUT DROIT SUR LE CAPITAL** qui reste néanmoins payable aux autres bénéficiaires.
- Pour les autres prestations, le bénéficiaire est l'assuré, sauf mention contraire indiquée.

Bénéficiaire (Assistance) :

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

Cessation des garanties :

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

Code :

Code des Assurances.

Consolidation :

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

Cotisation :

La somme que doit verser le Preneur d'Assurance, en contrepartie de notre garantie.

Déchéance :

La perte du droit à garantie pour le sinistre en cause.

Délai de carence :

Période de 90 jours consécutifs pendant laquelle les garanties "maladie" ne sont pas encore en vigueur. Cette période commence à compter de la date d'effet du contrat ou de l'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.

Domicile (Assistance) :

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

Échéance principale :

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

Événements couverts (Assistance) :

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

Guerre :

civile :

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

étrangère :

- situation de lutte armée entre deux ou plusieurs puissances souveraines, entre peuples n'appartenant pas à la même nation et qui ne sont pas soumis à la même puissance étatique.

Hospitalisation (Assistance) :

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

Maladie (Assistance) :

altération de l'état de santé médicalement constatée.

Maladie chronique : maladie qui évolue lentement et se prolonge.

Maladie grave : maladie mettant en jeu le pronostic vital à court terme (soit dans un délai d'une semaine)

Maximum garanti - ces montants ne sont jamais indexés :

Par événement :

- Dans le cas où la garantie s'exerce en faveur de plusieurs assurés victimes d'un même événement, notre engagement maximum pour l'ensemble des indemnités à verser ne pourra en aucun cas excéder le montant fixé au tableau "MONTANT DES GARANTIES ET DES FRANCHISES" des Conditions personnelles et ce,

quelque 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 au tableau "MONTANT DES GARANTIES ET DES FRANCHISES" des Conditions personnelles

Nous :

ALBINGIA, agissant pour son compte et en cas de coassurance, en qualité de gestionnaire du contrat (société apéritrice).

Preneur d'Assurance :

La personne physique ou morale, désignée sous ce nom aux Conditions personnelles, 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.

Prescription :

Délai au-delà duquel l'assureur et l'assuré ne peuvent plus faire reconnaître leurs droits.

Sinistre :

Événement, 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.

Sport aérien :

- Le parachutisme, le vol à voile, le vol libre, le vol en aérostat, le vol en ULM.
- Tout vol acrobatique.

Sport amateur :

Tout sport dont la pratique ne constitue pas l'activité principale de l'assuré et dont ce dernier ne peut tirer aucun bénéfice financier ou matériel, direct ou indirect.

Les sportifs ne correspondant pas à cette définition seront considérés comme sportifs professionnels ou de haut niveau.

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 1^{ère} Division, en équipe nationale ou à un niveau international.

Subrogation : article L 131-2 du Code

Transmission à notre bénéficiaire du droit de recours que possède l'Assuré contre un tiers responsable.

Suspension :

La cessation du bénéfice d'une (ou des) garantie(s) du contrat alors qu'il n'est ni résilié, ni annulé.

Elle prend fin par la remise en vigueur ou la résiliation définitive.

Validité territoriale – Franchise

kilométrique (Assistance) :

Pour l'assistance aux personnes :

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

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 premier rallié, de son domicile ou de son lieu de travail.

Seules les activités professionnelles mentionnées aux Conditions personnelles sont garanties au titre de la vie professionnelle

OBJET DU CONTRAT


Accorder une ou plusieurs prestations contractuelles en cas de mise en jeu des garanties souscrites.

Le champ d'application des garanties est précisé sous cette rubrique aux Conditions personnelles.

La nature des garanties ainsi que leur montant, durée et franchise sont indiqués au tableau "MONTANT DES GARANTIES ET DES FRANCHISES" des Conditions personnelles.

Les prestations relatives à chaque garantie sont délivrées selon les modalités des Conditions spéciales, sous réserve des exclusions communes et spécifiques à chaque garantie.

DECES SUITE A ACCIDENT

 Cette garantie est accordée exclusivement suite à accident

DEFINITION

Disparition :

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

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

PRESTATION GARANTIE

Nous versons au bénéficiaire le capital

indiqué au tableau "MONTANT DES GARANTIES ET DES FRANCHISES" des Conditions personnelles, 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 nous rembourser intégralement les sommes qu'ils ont reçues au titre de la garantie décès.

PAIEMENT DES PRESTATIONS

Le capital est versé en une seule fois au bénéficiaire

INVALIDITE PERMANENTE

SUITE A ACCIDENT

 Cette garantie est accordée exclusivement suite à accident

DEFINITIONS

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

Invalidité permanente totale ou partielle :

La diminution définitive de la capacité physique d'une personne dont l'état est consolidé ou stabilisé.

Nous entendons par :

- Invalidité permanente totale celle entraînant une invalidité de 100 % d'après le barème fixé ci-après.
- Invalidité permanente partielle, celle qui donne droit à une fraction du capital prévu pour le cas d'invalidité permanente totale. Cette fraction est proportionnelle au taux d'invalidité prévu au barème ci-après et des dispositions qui le complètent, sans tenir compte de la profession de l'assuré.

Taux d'Invalidité :

Le taux fixé à dire d'Expert, selon les modalités du barème ci-après 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 dans le tableau "MONTANT DES GARANTIES ET DES FRANCHISES" des Conditions personnelles est indemnisée intégralement selon le barème ci-après.
- **absolue** : toute invalidité est systématiquement minorée de la franchise mentionnée dans le

tableau "MONTANT DES GARANTIES ET DES FRANCHISES" des Conditions personnelles.

PRESTATIONS GARANTIES

- En cas d'Invalidité permanente totale il est procédé au versement du capital prévu au tableau "MONTANT DES GARANTIES ET DES FRANCHISES" des Conditions personnelles.

En cas d'Invalidité permanente partielle il est procédé au versement d'un capital, calculé en affectant au capital indiqué au tableau "MONTANT DES GARANTIES ET DES FRANCHISES" des Conditions personnelles le taux d'Invalidité définitive prévu au barème ci-après.

- 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 cet accident n'a pas intéressé : si les conséquences de l'accident sont aggravées par une maladie, lésion ou invalidité préexistante, l'indemnité se calcule sur les conséquences que cet accident aurait eues chez une personne saine présentant un état de santé normal et non pas sur les conséquences effectives de cet accident.

- En cas de lésions multiples affectant un même membre ou

organe, l'indemnité se calcule par addition des taux sans pouvoir dépasser la valeur d'amputation du membre ou organe.

- En cas de lésions multiples affectant plusieurs membres ou organes, l'indemnité se calcule par

addition des taux sans pouvoir dépasser le capital assuré en cas d'invalidité permanente totale.

EXCLUSIONS SPECIFIQUES

SONT EXCLUS :

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

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 intervenu

BAREME

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 "TETE"

Perte de substance osseuse du crâne 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 oeil	40 %
Surdité complète d'une oreille	30 %

INVALIDITE PERMANENTE PARTIELLE

"MEMBRES SUPERIEURS"

	Droit	Gauche
Perte d'un bras ou d'une main	60 %	50 %
Perte de substance osseuse étendue du bras (lésion définitive et incurable)	50 %	40 %
Paralysie totale du membre supérieur (lésion incurable des nerfs)	65 %	55 %
Paralysie complète du nerf circonflexe	20 %	15 %
Ankylose de l'épaule	40 %	30 %
Ankylose du coude en position		
. favorable 15° autour de l'angle droit	25 %	20 %
. défavorable	40 %	35 %
Perte de substance osseuse étendue des deux os de l'avant-bras (lésion définitive et incurable)	40 %	30 %
Paralysie complète du nerf médian	45 %	35 %
Paralysie complète du nerf radial		
. à la gouttière de torsion	40 %	35 %
. à l'avant-bras	30 %	25 %
. à la main	20 %	15 %
Paralysie complète du nerf cubital	30 %	25 %
Ankylose du poignet en position :		
. favorable : dans la rectitude et en pronation	20 %	15 %
. défavorable (flexion ou extension forcée ou en supination)	30 %	25 %
Perte		
. totale du pouce	20 %	15 %
. partielle du pouce : phalange unguéale	10 %	5 %
Ankylose totale du pouce	20 %	15 %
Amputation		
totale de l'index	15 %	10 %
. de deux phalanges de l'index	10 %	8 %
. de la phalange unguéale de l'index	5 %	3 %
. simultanée du pouce et de l'index	35 %	25 %
. du pouce et d'un doigt sauf l'index	25 %	20 %
. de 2 doigts sauf le pouce & l'index	12 %	8 %
. de 3 doigts sauf le pouce et l'index	20 %	15 %
. de 4 doigts y compris le pouce	45 %	40 %
. de 4 doigts le pouce étant conservé	40 %	35 %
. du médius	10 %	8 %
. d'1 doigt sauf le pouce, index & médius	7 %	3 %

"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-astragalienn	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 gêne 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 %
Ankylose du gros orteil	10 %
Amputation de deux orteils	5 %
Amputation d'un orteil (autre que le gros)	3 %

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

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

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

INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE SUITE A ACCIDENT

☐ Cette garantie est accordée exclusivement suite à accident

DEFINITIONS

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

Incapacité temporaire totale :

Période pendant laquelle l'Assuré suite à un accident garanti est déclaré par décision médicale en "arrêt de travail" et dans l'impossibilité temporaire totale d'exercer sa profession telle que précisée aux Conditions personnelles.

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 de travail 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 totale de travail dont le nombre de jours est supérieur à la franchise n'est indemnisée que pour la période excédant la durée de la franchise.

PRESTATIONS GARANTIES

Lorsque l'assuré, à la suite d'un accident garanti, est déclaré en incapacité temporaire totale nous versons une indemnité journalière dont le montant, la franchise et la durée sont indiqués au tableau "MONTANT DES GARANTIES ET DES FRANCHISES" des Conditions personnelles

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 DOM 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 personnelles.

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, nous appliquerons à nouveau la franchise dans son intégralité.

Dans tous les cas la durée maximale d'indemnisation telle que mentionnée au tableau «Montant des Garanties et des Franchises» des Conditions personnelles sera minorée des journées indemnisées au titre du précédent arrêt de travail.

EXCLUSIONS SPECIFIQUES

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.
- ▲ LES AFFECTIONS DISCO-VERTEBRALES, LEURS SUITES ET CONSEQUENCES sauf celles d'origine traumatique ou tumorale survenant après la souscription du contrat ou celles nécessitant une hospitalisation.

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.

FRAIS DE TRAITEMENT SUITE A ACCIDENT

☐ **CETTE GARANTIE EST ACCORDEE EXCLUSIVEMENT SUITE A ACCIDENT**

DEFINITIONS

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

Frais de traitement :

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

Franchise :

Montant des frais engagés par l'assuré que nous ne prendrons jamais en charge.

Cette franchise est exprimée en euros.

PRESTATIONS GARANTIES

Sont seuls indemnisés les frais de traitement consécutifs à un accident garanti, effectués sur prescription médicale et dispensés par des praticiens munis des diplômes exigés par les pouvoirs publics.

Ces indemnités interviennent, le cas échéant, en complément des prestations de même nature versées par la Sécurité Sociale ou tout autre régime de prévoyance collective ainsi que toute autre assurance souscrite antérieurement au présent contrat, sans que l'assuré puisse percevoir au total un montant supérieur à ses débours réels.

EXCLUSIONS SPECIFIQUES

SONT EXCLUS :

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

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.

FRAIS DE RAPATRIEMENT, DE RECHERCHE ET DE SECOURS SUITE A ACCIDENT

☐ Cette garantie est accordée exclusivement suite à accident

DEFINITIONS

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

Frais de rapatriement :

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

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

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

Frais de recherche et de secours :

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

Par transport, on entend le transport de l'assuré du lieu 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 nous ne prendrons jamais en charge.

Cette franchise est exprimée en euros.

PRESTATIONS GARANTIES

En cas de rapatriement sanitaire, nous prenons en charge les frais de transport dus à ce rapatriement.

Notre 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 « MONTANT DES GARANTIES ET DES FRANCHISES » des Conditions Personnelles.

Cette indemnité intervient le cas échéant en complément des prestations versées par la Sécurité Sociale 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 notre remboursement 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. Notre prise en charge des frais engagés dont le remboursement est demandé à l'assuré sera effectuée à concurrence de la somme mentionnée au tableau « MONTANT DES GARANTIES ET DES FRANCHISES » des Conditions Personnelles.

EXCLUSIONS COMMUNES

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

▲ LA GUERRE CIVILE OU ETRANGERE, DECLAREE OU NON ;

▲ LES EFFETS DIRECTS OU INDIRECTS D'EXPLOSIONS OU DE DEGAGEMENTS DE CHALEUR OU D'IRRADIATIONS, PROVENANT DE LA TRANSMUTATION DE NOYAUX D'ATOMES ; TOUTEFOIS LA GARANTIE RESTE ACQUISE LORSQUE CES LESIONS SONT CAUSEES PAR UNE MANIPULATION INCORRECTE OU UN FONCTIONNEMENT DEFECTUEUX D'APPAREILS MEDICAUX AU COURS D'UNE THERAPIE A BASE DE RADIATIONS IONISANTES PRATIQUEE PAR UN MEMBRE DU CORPS MEDICAL AUTRE QUE L'ASSURE LUI-MEME ;

▲ LE SUICIDE OU LA TENTATIVE DE SUICIDE, AINSI QUE TOUTE LESION CAUSEE OU PROVOQUEE INTENTIONNELLEMENT PAR L'ASSURE OU LE BENEFICIAIRE ;

▲ LA PARTICIPATION ACTIVE DE L'ASSURE A DES RIXES, SAUF CAS DE LEGITIME DEFENSE, DES EMEUTES, DES ATTENTATS, DES ACTES DE TERRORISME OU DE SABOTAGE ;

▲ L'USAGE DE DROGUES, STUPEFIANTS OU PRODUITS TOXIQUES NON PRESCRITS MEDICALEMENT ;

▲ LES ACCIDENTS DE LA ROUTE DONT L'ASSURE EST VICTIME LORSQU'IL EST CONDUCTEUR D'UN VEHICULE A MOTEUR ET QUE SON ALCOOLEMIE EST EGALE OU SUPERIEURE A LA LIMITE FIXEE PAR LA REGLEMENTATION ROUTIERE FRANÇAISE EN VIGUEUR AU JOUR DU SINISTRE ;

▲ LA NAVIGATION AERIENNE EN QUALITE DE :

▲ PILOTE OU PERSONNEL NAVIGANT,

▲ PASSAGER SAUF SUR LES LIGNES COMMERCIALES EXPLOITEES PAR LES COMPAGNIES AGREES POUR EFFECTUER LE TRANSPORT PUBLIC DE PERSONNES ;

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

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

▲ LA PRATIQUE PAR L'ASSURE DE :

▲ TOUT SPORT EN QUALITE DE SPORTIF PROFESSIONNEL OU DE HAUT NIVEAU,

▲ TOUT SPORT AERIEN,

▲ LA PLONGEE SOUS-MARINE AVEC BOUTEILLE, L'ALPINISME, L'ESCALADE, LA SPELEOLOGIE, LES SPORTS DE COMBAT AVEC OU SANS ARME, LE SAUT EN ELASTIQUE, LE HOCKEY SUR GLACE.

EXPIRATION DES GARANTIES

Sauf dispositions contraires mentionnées aux Conditions personnelles, 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.

ASSISTANCE

PRESTATIONS ASSISTANCE AUX PERSONNES

EN CAS DE MALADIE OU DE BLESSURE

Rapatriement ou transport sanitaire du bénéficiaire malade ou blessé

Si l'état du bénéficiaire nécessite des soins médicaux ou examens spécifiques ne pouvant être réalisés sur place, MONDIAL ASSISTANCE France organise et prend en charge :

- soit le transport vers un centre régional hospitalier ou dans un pays proche susceptible d'assurer les soins.

Dans un second temps, le bénéficiaire sera rapatrié vers la France métropolitaine par avion de lignes régulières,

- soit le rapatriement vers la France métropolitaine s'il n'existe pas de centre médical adapté plus proche.

Dans le cas où l'hospitalisation à l'arrivée n'est pas indispensable, le transport est assuré jusqu'au domicile.

Si l'hospitalisation n'a pu se faire dans un établissement proche du domicile, MONDIAL ASSISTANCE France organise et prend en charge, lorsque l'état de santé le permet, le transport depuis cet hôpital au domicile.

Selon la gravité du cas, le rapatriement ou le transport est effectué sous surveillance médicale si nécessaire, par le plus approprié des moyens suivants :

- avion sanitaire spécial ou avion de lignes régulières,
- train, wagon-lit, bateau, ambulance.

MONDIAL ASSISTANCE France ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence, ni prendre en charge les frais ainsi engagés, à l'exception des frais de transport en ambulance ou en taxi jusqu'au lieu le plus proche où pourront être prodigués les soins appropriés, en cas d'affection bénigne ou de blessures légères, ne nécessitant ni un rapatriement, ni un transport médicalisé.

Dispositions spécifiques aux pays autres qu'européens et riverains de la Méditerranée :

Sauf décision contraire du médecin de MONDIAL ASSISTANCE France, le rapatriement sanitaire ne peut être effectué que par avion de lignes régulières avec aménagement spécial s'il y a lieu.

Présence auprès du bénéficiaire hospitalisé

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

MONDIAL ASSISTANCE France prend également en charge le retour de cette

même personne vers son pays de résidence si elle ne peut utiliser les moyens initialement prévus.

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

Envoi d'un collaborateur de remplacement

MONDIAL ASSISTANCE France organise et prend en charge le voyage aller-retour (train 1^{ère} classe ou avion classe économique) d'un collaborateur désigné par le souscripteur afin de remplacer le collaborateur présentant une incapacité temporaire de travail d'au moins 30 jours. Cette incapacité temporaire doit faire l'objet d'un accord entre le médecin de MONDIAL ASSISTANCE France et le médecin traitant.

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

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

La prise en charge des frais médicaux à concurrence de 152 450 euros TTC vient en complément des remboursements obtenus par le collaborateur ou ses ayants droit auprès de la Sécurité Sociale ou de tout autre organisme de prévoyance ou d'assurance auquel il est affilié.

Le souscripteur, le bénéficiaire ou ses ayants droit s'engagent alors à effectuer toutes les démarches nécessaires pour obtenir le remboursement de ces frais auprès des organismes de Sécurité Sociale auxquels est affilié le bénéficiaire, et à reverser immédiatement à MONDIAL ASSISTANCE France toute somme perçue par lui à ce titre.

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

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

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

Le souscripteur, le bénéficiaire ou ses ayants droit s'engagent alors à fournir UN CHEQUE DE PAIEMENT du montant avancé dans un délai maximum d'un mois

suivant la demande de MONDIAL ASSISTANCE France.

Retour prématuré

En cas d'accident ou de maladie imprévisible et grave affectant un membre de la famille (conjoint ou concubin, ascendant ou enfant, frère, sœur, beau-père ou belle-mère, gendre ou belle-fille, beau-frère ou belle-sœur) resté en France métropolitaine, MONDIAL ASSISTANCE France organise et prend en charge, après accord du médecin de MONDIAL ASSISTANCE France le transport (train 1^{ère} classe ou avion classe économique) du bénéficiaire afin de lui permettre de venir au chevet du proche.

En cas de décès d'un membre de la famille (conjoint ou concubin, ascendant ou enfant, frère, sœur, beau-père ou belle-mère, gendre ou belle-fille, beau-frère ou belle-sœur) resté en France métropolitaine, MONDIAL ASSISTANCE France organise et prend en charge le transport (train 1^{ère} classe ou avion classe économique) du bénéficiaire, depuis le lieu de séjour jusqu'au lieu d'inhumation afin qu'il assiste aux obsèques.

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

EN CAS DE DECES

Rapatriement ou transport de corps

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

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

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

Remplacement du collaborateur décédé

MONDIAL ASSISTANCE France organise et prend en charge le voyage aller d'une personne désignée par le souscripteur et prend en charge un billet aller d'avion classe touriste ou de train 1^{ère} classe pour remplacer le collaborateur décédé.

AUTRES ASSISTANCES A

L'ETRANGER

Envoi de médicaments

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

ou d'obtenir leur équivalent.

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

Transmission de messages

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

En cas de perte ou de vol des effets personnels

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

Païement d'honoraires

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

Avance de la caution pénale

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

Le bénéficiaire ou le souscripteur, dispose d'un mois pour rembourser cette avance à compter de la date à laquelle MONDIAL ASSISTANCE France lui en a fait la demande. Si la caution pénale est remboursée avant ce délai par les autorités du pays, elle devra être aussitôt restituée à MONDIAL ASSISTANCE France.

DISPOSITIONS GENERALES

CONDITIONS APPLICABLES AUX INTERVENTIONS LIEES A UN EVENEMENT D'ORDRE MEDICAL

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

ENGAGEMENTS FINANCIERS DE MONDIAL ASSISTANCE FRANCE

L'organisation par le bénéficiaire ou par son entourage de l'une des assistances énoncées précédemment ne peut donner lieu à remboursement que dans le cas ou MONDIAL ASSISTANCE France en a été prévenue, avant tout engagement de frais par le bénéficiaire, et a donné son accord exprès préalable. Les frais exposés seront alors remboursés sur justificatifs originaux dans la limite des garanties contractuelles.

Lorsque MONDIAL ASSISTANCE France organise et prend en charge un rapatriement ou un transport en France métropolitaine, il peut être demandé au bénéficiaire d'utiliser son titre de voyage. Lorsque MONDIAL ASSISTANCE France a assuré à ses frais le retour du bénéficiaire, il est demandé au souscripteur, au bénéficiaire ou à ses ayants droit, d'effectuer les démarches nécessaires au remboursement de ses titres de transport non utilisés et de reverser le montant perçu à MONDIAL ASSISTANCE France, sous un délai maximum de trois mois suivant la date de retour.

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

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

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

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

EXCLUSIONS

SONT EXCLUS

- ▲ LES CONVALESCENCES ET LES AFFECTIONS (MALADIE, ACCIDENT) EN COURS DE TRAITEMENT NON ENCORE CONSOLIDÉES ;
- ▲ LES MALADIES PREEXISTANTES DIAGNOSTIQUÉES ET/OU TRAITÉES AYANT FAIT L'OBJET D'UNE HOSPITALISATION DANS LES SIX MOIS PRÉCÉDANT LA DEMANDE D'ASSISTANCE ;
- ▲ LES VOYAGES ENTREPRIS DANS UN BUT DE DIAGNOSTIC ET/OU

TRAITEMENT ;

- ▲ LES ETATS DE GROSSESSE, sauf complications imprévisibles ET DANS TOUS LES CAS A PARTIR DE LA 36^{ÈME} SEMAINE D'AMENORRHEE ;
- ▲ LES ETATS RESULTANT DE L'USAGE DE DROGUES, STUPEFIANTS ET PRODUITS ASSIMILÉS NON PRESCRITS MÉDICALEMENT, DE L'ABSORPTION D'ALCOOL ;
- ▲ LES CONSÉQUENCES DES TENTATIVES DE SUICIDE ;
- ▲ LES RECHUTES DE MALADIE CONSTATÉES MÉDICALEMENT AVANT LA PRISE D'EFFET DE LA GARANTIE ET COMPORTANT UN RISQUE D'AGGRAVATION BRUTALE CONNU DU BÉNÉFICIAIRE AU MOMENT DE SON DÉPART,
- ▲ TOUTE INTERVENTION VOLONTAIRE POUR CONVENANCE PERSONNELLE A L'ÉTRANGER ;
- ▲ LES FRAIS DE SECOURS D'URGENCE, LES FRAIS DE RECHERCHE, LES FRAIS DE TRANSPORTS PRIMAIRES, A L'EXCEPTION DES FRAIS D'ÉVACUATION SUR PISTE DE SKI A CONCURRENCE DE 230 EUR TTC ;
- ▲ LA PARTICIPATION EN TANT QUE CONCURRENT A UN SPORT DE COMPÉTITION OU A UN ALLYÉ ;
- ▲ LES DOMMAGES PROVOQUÉS INTENTIONNELLEMENT PAR UN BÉNÉFICIAIRE ET CEUX RESULTANT DE SA PARTICIPATION A UN CRIME, A UN DÉLIT OU UNE RIXE, sauf le cas de légitime défense ;
- ▲ LES CONSÉQUENCES D'UNE INOBSERVATION VOLONTAIRE DE LA RÉGLEMENTATION DES PAYS VISITES OU DE LA PRATIQUE D'ACTIVITÉS NON AUTORISÉES PAR LES AUTORITÉS LOCALES ;
- ▲ LES CONSÉQUENCES D'EXPLOSIONS D'ENGINS ET D'EFFETS NUCLEAIRES OU RADIOACTIFS ;
- ▲ LES CONSÉQUENCES DE GUERRE CIVILE OU ÉTRANGÈRE, D'ÉMEUTES DE GREVES, DE PIRATERIE, D'INTERDICTIONS OFFICIELLES, DE SAISIES OU CONTRAINTES PAR LA FORCE PUBLIQUE ;
- ▲ LES CONSÉQUENCES D'EMPECHEMENTS CLIMATIQUES TELS QUE TEMPÊTES OU OURAGANS.

EXCLUSIONS SPECIFIQUES A LA GARANTIE FRAIS MEDICAUX :

- ▲ LES FRAIS CONSECUTIFS A UN ACCIDENT OU UNE MALADIE CONSTATE MEDICALEMENT AVANT LE DEPLACEMENT PROFESSIONNEL ;
- ▲ LES FRAIS OCCASIONNES PAR LE TRAITEMENT D'UN ETAT PATHOLOGIQUE, PHYSIOLOGIQUE OU PHYSIQUE CONSTATE MEDICALEMENT AVANT LA PRISE D'EFFET DE LA GARANTIE A MOINS D'UNE COMPLICATION NETTE ET IMPREVISIBLE ;
- ▲ LES FRAIS DE PROTHESES INTERNES, OPTIQUES, DENTAIRE, ACOUSTIQUES, FONCTIONNELLES, ESTHETIQUE OU AUTRES,

- ▲ LES FRAIS ENGAGES EN FRANCE METROPOLITAINE ET DANS LES DEPARTEMENTS D'OUTRE-MER ET PAYS DE RESIDENCE, QU'ILS SOIENT OU NON CONSECUTIFS A UN ACCIDENT OU UNE MALADIE SURVENU EN FRANCE OU A L'ÉTRANGER ;
- ▲ LES FRAIS DE CURE THERMALE ET DE SEJOUR EN MAISON DE REPOS, LES FRAIS DE REEDUCATION.
- ▲ LES REMBOURSEMENTS INFÉRIEURS A 16 EUR TTC,
- ▲ LES FRAIS DE SOINS DENTAIRE SUPERIEURS A 46 EUR TTC ;

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

MONDIAL ASSISTANCE France ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence, ni prendre en charge les frais ainsi engagés.

MISE EN ŒUVRE DES GARANTIES

Toute demande d'assistance doit, sous peine d'irrecevabilité, être formulée par le bénéficiaire (ou toute personne agissant en son nom) directement et avant tout engagement de frais par tous les moyens précisés ci-après :

- soit par téléphone : 01.40.25 58 31 (de France)

01.33.1.40.25 58 .31 (de l'étranger, PCV accepté)

-- soit par télégramme : MONDIALAS PARIS

- soit par fax : 01.40.255.262 (de France)

00.33.1.40.255.262 (de l'étranger)

En indiquant le nom et le numéro de protocole d'accord/convention : 621 338

TRAITEMENT DES RECLAMATIONS

Lorsqu'un bénéficiaire est mécontent du traitement de sa demande, sa première démarche doit être d'en informer son interlocuteur habituel pour que la nature de son insatisfaction soit comprise et que des solutions soient recherchées.

En cas de désaccord, l'adresse à retenir pour adresser une réclamation est la suivante :

MONDIAL ASSISTANCE SAS

Service Traitement des Réclamations
TSA20043

75379 Paris cedex 08

Un accusé de réception parviendra au bénéficiaire les dix (10) jours ouvrables (hors dimanches et jours fériés) à compter de la réception de la réclamation, sauf si la réponse à sa réclamation lui est transmise dans ces délais. Une réponse lui sera fournie au plus tard dans les deux (2) mois suivant la date de réception de sa réclamation, hors survenance de circonstances particulières dont l'assisteuse tiendrait informé..

RESILIATION

L'adhésion est résiliable en cas de :

- non paiement des cotisations,
- résiliation du contrat auquel la présente adhésion est liée,

L'information de cette résiliation relève des obligations de **ACS** souscripteur du contrat N°IA1800342

OBLIGATIONS DE L'ASSURE

L'assuré ou le bénéficiaire doit dès qu'il a connaissance de la survenance d'un accident garanti et au plus tard dans les 5 jours ouvrés, en aviser **ACS** et joindre à sa déclaration un dossier complet comprenant :

- les références de son adhésion,
- les dates et circonstances exactes de l'accident avec copie du constat amiable ou procès verbal de police,
- en cas de décès, le certificat de décès attestant qu'il s'agit d'un accident et les documents légaux établissant la qualité du bénéficiaire, ainsi que les coordonnées du notaire chargé de la succession.

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 notre demande, tous renseignements et attestations, et tous autres compléments d'information demandés.

A défaut, sauf cas fortuit ou de force majeure, le bénéficiaire serait déchu de tout droit à indemnité pour le sinistre en cause, si nous établissons l'existence d'un préjudice consécutif à ce retard.

CONTROLE DE L'ASSUREUR

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

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

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.

EXPERTISE

En cas de désaccord sur l'existence, les causes ou les conséquences d'un sinistre, chaque partie désignera un médecin pour lui soumettre le différend. S'il y a divergence de vues entre les 2 médecins, ils en désigneront un 3ème 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 3ème, la désignation sera effectuée, à la requête de la partie la plus diligente, par le Président du TGI compétent du lieu où l'accident s'est produit, ou du domicile de l'Assuré. Les 3 médecins opéreront en commun et à la majorité des voix. Chaque partie paiera les frais et honoraires du médecin désigné par elle et, s'il y a lieu, la moitié de ceux du 3ème médecin et des frais de sa nomination.

SANCTIONS

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

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

Si, sauf cas fortuit ou de force majeure, l'assuré/adhérent ou le bénéficiaire ne se conforme pas aux dispositions ci-dessus, ou si, de mauvaise foi, il fait de fausses déclarations sur la date, la nature, les causes, les circonstances et les conséquences d'un sinistre, emploie comme justificatifs des documents inexacts ou use de moyens frauduleux, le bénéficiaire est entièrement déchu de tout droit aux prestations pour ce sinistre. Si celles-ci sont déjà réglées, elles doivent nous être remboursées.

Dans les autres cas, nous pouvons réduire les prestations, proportionnellement aux dommages que le manquement peut nous causer.

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

PRESCRIPTION- ELECTION DE DOMICILE 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.

Toutefois, ce délai ne court :

1. En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;
2. En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque là.

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

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

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

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

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 demande en justice, même en référé, (article 2241 à 2243 du code civil), ou un acte d'exécution forcée (article 2244 à 2246 du code civil)..

Election de domicile

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

INFORMATIQUE, FICHIERS, LIBERTE (LOI DU 06/01/1978)

L'assuré peut demander à l'assureur, communication et rectification de toute information le concernant qui figurerait sur tout fichier à usage de la société, de ses mandataires et des organismes professionnels concernés.

INFORMATION DES ASSURES/RECLAMATION

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

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

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

2. Contacter la Compagnie ALBINGIA

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

3. Les assurés souhaitent adresser une réclamation à la Direction Clientèle 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 à la **Direction du développement 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.

AUTORITÉ DE CONTRÔLE

L'autorité chargée du contrôle de l'assureur est : Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - 61, rue Taitbout 75009 Paris