

AVA CAPITAL NOTICE D'INFORMATION - CONTRAT N° IA2106708

CHAMP D'APPLICATION DES GARANTIES : Les garanties sont acquises aux adhérents 24h/24h, tant au cours de la vie privée que professionnelle de l'adhérent, pour une territorialité dans le Monde entier.

Maximum garanti par assuré : - option 1 : 250 500 EUR
- option 2 : 350 500 EUR
- option 3 : 450 500 EUR
- option 4 : 550 500 EUR

Maximum garanti par année d'assurance : 2 000 000 EUR

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

1. DEFINITIONS

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. 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 LA DEFINITION : LA RUPTURE D'ANEVRISME, L'INFARCTUS DU MYOCARDE, L'EMBOLIE CEREbraLE OU L'HEMORRAGIE MENINGEE.

Adhérent : Les clients ayant adhéré au contrat collectif souscrit par le preneur d'assurance et qui s'engage à régler la cotisation auprès du dit preneur d'assurance.

Assuré(s) : Le preneur d'assurance

Assureur : ALBINGIA, agissant pour son compte.

Barème d'Invalidité : barème assureur joint en annexe de la présente notice d'information.

Bénéficiaire : En cas de décès, le bénéficiaire est 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.

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 la 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 PERIODE AINSI QUE LEURS SUITES ET CONSEQUENCES NE DONNENT JAMAIS LIEU A INDEMNISATION.

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

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.

Guerre 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.

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 accident causé par un même événement, l'engagement maximum pour l'ensemble des indemnités à verser ne pourra en aucun cas excéder le montant fixé à l'annexe 1 "Montant des Garanties et des Franchises" et ce, quel que soit le nombre de victimes et le maximum garanti par assuré.

- ▲ **Par assuré** : dans le cas où un accident 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 à l'annexe 1 « Montant des Garanties et des Franchises ».

Preneur d'Assurance : AVA Assurances, 25 Rue de Maubeuge - 75009 PARIS, qui a demandé l'établissement du contrat cadre et qui s'engage à reverser les cotisations à l'Assureur.

Toute personne qui lui serait substituée, légalement ou par accord des parties, sera considérée comme Preneur d'Assurance.

Prescription : Délai à l'expiration duquel une action ne peut plus être entreprise.

Tout événement, accident mettant en jeu la garantie. Constituent un seul et même sinistre toutes les conséquences ou rechutes d'un même accident ou d'une même maladie, sous réserve des dispositions applicables en cas de rechute pour la garantie Incapacité Temporaire de travail.

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.

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.

2. OBJET DU CONTRAT

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

La nature des garanties ainsi que leur montant, durée et franchise sont indiqués à l'annexe 1 « Montant des Garanties et des Franchises ».

Les prestations relatives à chaque garantie sont délivrées sous réserve des exclusions communes et spécifiques à chaque garantie.

3. DECES SUITE A ACCIDENT

3.1 DEFINITION SPECIFIQUE

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.

3.2 PRESTATIONS GARANTIES

L'Assureur verse au bénéficiaire le capital indiqué à l'annexe 1 « Montant des Garanties et des Franchises », si le décès résulte d'un accident garanti ou de ses conséquences et survient dans les 12 mois à compter du jour de l'accident.

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

3.2 PAIEMENT DES PRESTATIONS

Le capital est versé en une seule fois au bénéficiaire.

4. INVALIDITE PERMANENTE SUITE A ACCIDENT

4.1 DEFINITIONS SPECIFIQUES

Invalidité permanente totale ou partielle : la diminution définitive de la capacité physique d'une personne dont l'état

est consolidé ou stabilisé. Il est entendu par Invalidité permanente totale celle entraînant une invalidité de 100 % d'après le barème Assureur.

Il est entendu par 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 Assureur 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.

4.2 PRESTATIONS GARANTIES

- ▲ **En cas d'Invalidité permanente totale** il est procédé au versement du capital prévu à l'annexe 1 « Montant des Garanties et des Franchises ».
- ▲ **En cas d'Invalidité permanente partielle** il est procédé au versement d'un capital, calculé en affectant au capital indiqué à l'annexe 1 « Montant des Garanties et des Franchises » le taux d'Invalidité définitive prévu au barème Assureur.
- ▲ La perte ou la lésion de membres ou organes déjà invalides n'est indemnisée que par différence entre l'état antérieur et l'état postérieur à l'accident.
- ▲ L'évaluation des lésions de membres ou d'organes provoquées par l'accident ne peut être augmentée à l'égard de l'Assureur, par l'état d'infirmité d'autres membres ou organes que cet accident n'a pas intéressé : si les conséquences de l'accident sont aggravées par une maladie, lésion ou invalidité préexistante, l'indemnité se calcule sur les conséquences que cet accident aurait eues chez une personne saine présentant un état de santé normal et non pas sur les conséquences effectives de cet accident.
- ▲ En cas de lésions multiples affectant un même membre ou organe, l'indemnité se calcule par addition des taux sans pouvoir dépasser la valeur d'amputation du membre ou organe.
- ▲ En cas de lésions multiples affectant plusieurs membres ou organes, l'indemnité se calcule par addition des taux sans pouvoir dépasser le capital assuré en cas d'invalidité permanente totale.

4.3 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.

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.

5. INDEMNITES JOURNALIERES EN CAS DE COMA SUITE A ACCIDENT

5.1 DEFINITION SPECIFIQUE

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.

5.2 DUREE D'INDEMNISATION

La durée maximale de l'indemnisation est fixée à 365 jours consécutifs à compter du 11^{ème} jour de coma.

5.3 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 à l'annexe 1 « Montant des Garanties et des Franchises ».

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.

5.4 PAIEMENT DES PRESTATIONS

Ces indemnités sont versées mensuellement, à terme échu.

6. FRAIS D'AMENAGEMENT 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 à l'annexe 1 « Montant des Garanties et des Franchises ».

7. FRAIS DE RAPATRIEMENT, DE RECHERCHE ET DE SECOURS SUITE A ACCIDENT ET MALADIE

7.1 DEFINITIONS SPECIFIQUES

Frais de rapatriement : Les frais supplémentaires de transport résultant d'un accident garanti ou 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 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.

7.2 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 à l'annexe 1 « Montant des Garanties et des Franchises ».

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 à l'annexe 1 « Montant des Garanties et des Franchises ».

8. ACCOMPAGNEMENT PSYCHOLOGIQUE SUITE A ACCIDENT

Le contrat garantit le remboursement des honoraires de consultations pour accompagnement psychologique prescrites par une autorité médicale compétente à la suite d'un accident corporel garanti, dans la limite du montant maximum indiqué à l'annexe 1 « Montant des Garanties et des Franchises » 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.

9. OPTION « RENFORT INDEMNITES JOURNALIERES »

9.1 DEFINITION SPECIFIQUE

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.

9.2 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 à l'annexe 1 « Montant des Garanties et des Franchises ».

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.

9.3 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, NON CONSECUTIFS A UN ACCIDENT GARANTI ;
- LES SEJOURS EN MAISON D'ASSISTANCE, ASILE OU SERVICE DE GERONTOLOGIE.

9.4 PAIEMENT DES PRESTATIONS

Ces indemnités sont versées mensuellement, à terme échu.

9.5 CUMUL DES PRESTATIONS

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

10. OPTION ASSISTANCE

10.1 DEFINITIONS SPECIFIQUES

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.

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

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.

10.2 EVENEMENTS 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 définies dans la convention d'assistance.

10.3 LIMITE DE LA GARANTIE

La garantie Assistance ne peut être accordée que pour des déplacements de moins de 90 jours consécutifs.

11. EXCLUSIONS COMMUNES

SONT EXCLUS :

- A. LA GUERRE CIVILE OU ETRANGERE, DECLAREE OU NON ;
- B. LES EFFETS DIRECTS OU INDIRECTS D'EXPLOSIONS OU DE DEGAGEMENTS DE CHALEUR OU D'IRRADIATIONS, PROVENANT DE LA TRANSMUTATION DE NOYAUX D'ATOMES ; toutefois la garantie reste acquise lorsque ces lésions sont causées par une manipulation incorrecte ou un fonctionnement défectueux d'appareils médicaux au cours d'une thérapie à base de radiations ionisantes pratiquée par un membre du corps médical autre que l'assuré lui-même ;
- C. LE SUICIDE OU LA TENTATIVE DE SUICIDE, AINSI QUE TOUTE LESION CAUSEE OU PROVOQUEE INTENTIONNELLEMENT PAR L'ASSURE OU LE BENEFICIAIRE ;
- D. LA PARTICIPATION ACTIVE DE L'ASSURE A DES RIXES, sauf cas de légitime défense, EMEUTES, ATTENTATS, ACTES DE TERRORISME OU DE SABOTAGE ;
- E. L'USAGE DE DROGUES, STUPEFIANTS OU PRODUITS TOXIQUES NON PRESCRITS MEDICALEMENT ;
- F. 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 ;
- G. LA NAVIGATION AERIEENNE EN QUALITE DE :
 - ▲ PILOTE PROFESSIONNEL OU PERSONNEL NAVIGANT ;
 - ▲ PASSAGER SAUF SUR LES LIGNES COMMERCIALES EXPLOITEES PAR LES COMPAGNIES AGREEES POUR EFFECTUER LE TRANSPORT DE PERSONNES.
- H. L'USAGE PAR L'ASSURE, A TITRE DE PASSAGER OU DE CONDUCTEUR, D'UN VEHICULE A 2 OU 3 ROUES, D'UNE CYLINDREE SUPERIEURE A 125 CM3 ;
- I. LA PARTICIPATION A DES EPREUVES DE VITESSE, DES ESSAIS OU DES COMPETITIONS NECESSITANT L'UTILISATION D'ENGINS A MOTEUR.
- J. LA PRATIQUE PAR L'ASSURE DE :
 - ▲ TOUT SPORT EN QUALITE DE SPORTIF PROFESSIONNEL OU DE HAUT NIVEAU
 - ▲ TOUT SPORT AERIEN, AERONAUTIQUE, OU VOL LIBRE

▲ 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 KITE SURF, LE WINGSUIT.

12. DECLARATIONS

Le contrat est établi d'après les déclarations de l'Adhérent, la cotisation est fixée en conséquence.

12.1 A LA SOUSCRIPTION

Le Preneur d'assurance et l'Adhérent doivent répondre exactement et par écrit, sous peine des sanctions prévues à l'article 12.4 ci-dessous, aux questions que l'Assureur leur aura posées, par lettre ou questionnaire.

12.2 EN COURS DE CONTRAT

L'Adhérent, par l'intermédiaire du Preneur d'assurance, doit déclarer à l'Assureur toute modification du risque tel qu'il a été présenté et défini, sous peine des sanctions prévues à l'article 12.4 ci-dessous.

Cette déclaration doit être faite par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique, dans un délai de 15 jours à partir du moment où l'un ou l'autre en a eu connaissance.

12.3 AUTRES ASSURANCES

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

12.4 SANCTIONS EN CAS D'INOBSERVATION DE CES DECLARATIONS

Toute réticence, fausse déclaration, omission ou inexactitude dans la déclaration, à la souscription ou en cours de contrat, des circonstances visées à l'article 6, peut être sanctionnée, même si elle a été sans influence sur le sinistre, par :

▲ la nullité du contrat en cas de mauvaise foi du Preneur d'assurance ou de l'Adhérent (article L.113-8 du Code),

▲ la réduction de l'indemnité en cas de sinistre si la mauvaise foi du Preneur d'assurance ou de l'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 (article L.113-9 du Code).

Quand plusieurs assurances contre un même risque sont contractées de manière dolosive ou frauduleuse, les sanctions prévues à l'art L.121.3, premier alinéa du Code sont applicables (nullité du contrat, voire dommages et intérêts).

13. EFFET ET DUREE DES GARANTIES

Les garanties prennent effet à la date communiquée à l'Assureur par le Preneur d'assurance. A compter de l'échéance principale, les garanties se renouvelleront d'année en année par tacite reconduction, sauf dénonciation par lettre recommandée moyennant un préavis de 2 mois avant l'échéance principale du contrat.

14. LIMITE D'AGES ET DE GARANTIES

Par dérogation aux Conventions Spéciales, il est précisé que la limite d'âge est portée à 80 ans (échéance qui suit la date du 80^{ème} anniversaire de l'assuré).

La limite d'âge de couverture des garanties Indemnités Journalières en cas de Coma suite à Accident et Indemnités Journalières en cas d'Hospitalisation suite à Accident est portée à l'échéance principale qui suit le 65^{ème} anniversaire de l'Assuré.

A compter du 75^{ème} anniversaire de l'assuré lorsque la garantie Invalidité suite à accident est mise en jeu, seule l'invalidité absolue et définitive reste couverte.

A compter du 75^{ème} anniversaire de l'assuré la souscription et la couverture des options 3 et 4 n'est plus possible.

15. RESILIATION

Le contrat / l'adhésion est résiliable en cas de :

Par l'Adhérent :

L'Adhérent a la faculté de résilier les garanties à chaque échéance principale, sous réserve d'un préavis de deux mois :

- ▲ soit par lettre ou tout autre support durable,
- ▲ soit par lettre recommandée ou envoi recommandé électronique,
- ▲ soit par une déclaration au siège social de l'Assureur en demandant qu'un récépissé soit délivré,
- ▲ soit par un 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 de la résiliation.

Par l'Assureur :

- ▲ en cas de modification ou de cessation de risque (article L.113-16 du Code) ;
- ▲ à la date d'échéance principale, moyennant un préavis de deux mois au moins ;
- ▲ en cas de non-paiement des cotisations (article L.113-3 du Code) ;
- ▲ en cas d'omission ou d'inexactitude dans la déclaration du risque ou en cours de contrat (article L.113-9 du Code) ;
- ▲ en cas d'aggravation du risque (article L.113.4 du Code) ;
- ▲ en cas de résiliation du contrat collectif n° IA2106708 auquel la présente adhésion est liée.

L'information à l'Adhérent de cette résiliation relève des obligations du Preneur d'assurance.

Lorsque l'Assureur décide de résilier l'adhésion, la notification est faite à l'Assuré par lettre recommandée adressée à son dernier domicile connu.

16. OBLIGATIONS EN CAS DE SINISTRE

16.1 DECLARATION A L'ASSUREUR

en cas de sinistre, l'Adhérent, 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 par écrit - de préférence par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique - ou verbalement contre récépissé.

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

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 des 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'incapacité permanente : 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.
- ▲ en cas d'incapacité temporaire totale, 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.
- ▲ 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.

16.2 JUSTIFICATIONS A 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, toutes les pièces justifiant des frais supportés par lui et tous autres compléments d'information demandés par l'Assureur.

16.3 SANCTION

- ▲ Si, sauf cas fortuit ou de force majeure, le Preneur d'assurance, l'Adhérent, l'Assuré ou le Bénéficiaire ne se conforme pas aux dispositions ci-dessus, ou si, de mauvaise foi, il fait de fausses déclarations sur la date, la nature, les causes, les circonstances et les conséquences d'un sinistre, emploie comme justificatifs des documents inexacts ou use de moyens frauduleux, le Bénéficiaire est entièrement déchu de tout droit aux prestations pour ce sinistre. Si celles-ci sont déjà réglées, elles doivent être remboursées à l'Assureur.
- ▲ Dans les autres cas, l'Assureur peut réduire les prestations, proportionnellement aux dommages que le manquement peut lui causer.

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

16.3 CONTROLE DE L'ASSUREUR

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

doivent également pouvoir effectuer toutes vérifications nécessaires.

16.4 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.

16.5 EXPERTISE

En cas de désaccord sur l'existence, les causes ou les conséquences d'un sinistre, les parties soumettront leur différend à 2 médecins désignés, l'un par l'Assuré ou le Bénéficiaire, l'autre par l'Assureur.

S'il y a divergence de vues entre les 2 médecins, ceux-ci en désigneront un 3^e pour les départager.

Faute par l'une des parties de nommer son médecin, ou par les 2 médecins de s'entendre sur le choix du 3^e, la désignation sera effectuée, à la requête de la partie la plus diligente, par le Président du Tribunal compétent du lieu où l'accident s'est produit, ou du domicile de l'Assuré. Les 3 médecins opéreront en commun et à la majorité des voix. Chaque partie paiera les frais et honoraires du médecin désigné par elle et, s'il y a lieu, la moitié de ceux du 3^e médecin et des frais de sa nomination.

17. DISPOSITIONS GENERALES

17.1 PRESCRIPTION

Conformément à l'article L.114-1 du Code, « toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

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

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

Conformément à l'article L.114-2 du Code, « 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, adressé(e) 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 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).

17.2 ELECTION DE DOMICILE

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

17.3 INFORMATION DES ASSURES

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, ANTINEA COURTAGE D'ASSURANCES, 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.

4. Le recours au médiateur de l'assurance

Si les réponses apportées à la réclamation sont considérées comme non satisfaisantes, un recours peut être présenté au Médiateur de l'assurance. Attention, il est à noter que seuls les litiges touchant les particuliers sont de la compétence de ce dernier.

A ce titre, il faut entendre par « particulier » au sens de la directive 2011/83/UE du 25 octobre 2011 : « Toute personne physique qui agit à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale, industrielle, artisanale ou libérale ».

Le médiateur peut être saisi :

Par courrier :

La Médiation de l'Assurance

TSA 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.ffa-assurance.fr.

17.4 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/Souscripteur uniquement à cette fin.

Sans que l'Assuré/Souscripteur 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/Souscripteur 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/Souscripteur 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 : : Délégué à la protection des données (DPD), 109/111 rue Victor Hugo, 92300 – LEVALLOIS PERRET ou par mail : dpd@albingia.fr.

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

17.5 AUTORITE DE CONTROLE

L'autorité chargée du contrôle au Gestionnaire est : Autorité de Contrôle Prudential et de Résolution (ACPR) – 4 place de Budapest – CS 92459 – 75436 Paris Cedex 09.

Montant des Garanties et des Franchises

Garanties incluses	Option 1	Option 2	Option 3	Option 4	Franchise
Décès suite à accident	100 000 €	200 000 €	300 000 €	400 000 €	néant
Complément décès accident aérien.....	100 000 €	100 000 €	100 000 €	100 000 €	
Invalidité Permanente Totale ou Partielle suite à Accident (selon barème précisé au paragraphe Barème applicable du présent document)	100 000 €	200 000 €	300 000 €	400 000 €	10% Franchise absolue
Indemnités Journalières en cas de Coma suite à Accident.....	40 € par jour et par personne à concurrence de 365 jours par sinistre.				10 jours Franchise absolue
Frais d'aménagement du cadre de vie.....	10 000 €				Taux d'invalidité supérieur à 33%
Frais de rapatriement, de recherche et de secours suite à Accident et Maladie.....	3 000 €				Néant
Accompagnement psychologique suite à Accident.....	1 000 €				Néant
Garanties optionnelles					Franchise
Indemnités Journalières en cas d'Hospitalisation suite à Accident.....	- IJ 1	40 € par jour et par personne à concurrence de 365 jours par sinistre.		7 jours Franchise relative	
	- IJ 2	80 € par jour et par personne à concurrence de 365 jours par sinistre			
	- IJ 3	100 € par jour et par personne à concurrence de 365 jours par sinistre			
Garanties Assistance Mission MONDIAL ASSISTANCE.....	Selon conditions prévues au protocole Mondial Assistance N°621.338				

BAREME ASSUREUR

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

INVALIDITE PERMANENTE TOTALE		INVALIDITE PERMANENTE PARTIELLE "TETE"	
Perte totale des deux yeux	100 %	Perte de substance osseuse du crâne dans toute son épaisseur	
Aliénation mentale incurable et totale	100 %	surface d'au moins 6 centimètres carrés	40 %
Perte des deux bras ou des deux mains	100 %	surface de 3 à 6 centimètres carrés	20 %
Surdité totale des 2 oreilles, d'origine traumatique	100 %	surface inférieure à 3 centimètres carrés	10 %
Ablation de la mâchoire inférieure	100 %	- Ablation partielle de la mâchoire inférieure branche	
Perte de la parole	100 %	montante en totalité ou moitié du corps du maxillaire	40 %
Perte d'un bras et d'une jambe	100 %	Perte d'un œil	40 %
Perte d'un bras et d'un pied	100 %	Surdité complète d'une oreille	30 %
Perte d'une main et d'une jambe	100 %		
Perte d'une main et d'un pied	100 %		
Perte des deux jambes	100 %		
Perte des deux pieds	100 %		

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