



Notice d'information : Assurance Responsabilité Civile

**Les éléments repris dans la présente notice d'information ne sauraient engager l'Assureur au-delà des limites, des clauses et conditions du contrat AXA N°6076806904 auxquels ils se réfèrent.
(conformément aux articles L 112.2,L 112-4, R 112-2 et R 112-3 du Code des Assurances)**

Définition de l'Assuré

Les pratiquants sportifs ayant adhéré au présent contrat.

Assureur

AXA France IARD SA
313 Terrasses de l'Arche
92727 Nanterre Cedex

Durée de l'adhésion

La garantie des adhérents est acquise de la date d'effet figurant sur le bulletin d'adhésion jusqu'au 31/12 de l'année en cours.
L'adhésion est à durée ferme et non renouvelable par tacite reconduction.

Territorialité

Par dérogation à l'article 6.1 des Conditions générales, la garantie s'exerce pour les dommages survenus dans le Monde Entier y compris aux Etats- Unis d'Amérique et au Canada.
Aux Etats- Unis d'Amérique et au Canada, seule l'activité de participation de l'assuré à des courses hippiques d'une durée inférieure à un mois est garantie.

Toutefois, la garantie ne peut en aucune manière se substituer à celle qui, à l'étranger, serait à souscrire conformément à la législation locale auprès d'assureurs agréés dans le pays considéré.

Sans préjudice des exclusions prévues par ailleurs, et pour les seuls dommages survenus hors de France, Andorre ou Monaco, demeurent exclus de la garantie :

- Les dommages résultant des activités exercées par des établissements ou installations permanentes, situés en dehors de la France, d'Andorre et de Monaco.
- Les risques liés aux prototypes.
- Les conséquences de la responsabilité encourue du fait de l'exploitation de locaux (y compris les conséquences de la responsabilité encourue en tant qu'employeur : (worker's compensation, employer's liability, employer's practise liability, les maladies professionnelles (occupational diseases).
- Les conséquences d'une atteinte à l'environnement ou d'une pollution.
- Par dérogation à l'exclusion prévue aux conditions générales, et dans tous les cas, les dommages résultant des faits ou actes suivants : une publicité mensongère ; un acte de concurrence déloyale ou parasitaire ; une atteinte à la propriété industrielle, littéraire ou artistique ; une atteinte à l'image d'une personne physique ou morale ; le non-respect du secret professionnel ; un abus de confiance, l'injure, la diffamation ; quel qu'en soit l'auteur (commettant ou préposé).

Obligations de l'Assuré

L'Assuré est obligé :

- ♦ de payer la prime ou cotisation aux époques convenues,
- ♦ de répondre exactement aux questions posées par l'Assureur sur les circonstances qui sont de nature à faire apprécier par l'Assureur les risques qu'il prend en charge,
- ♦ de déclarer, en cours de contrat, les circonstances nouvelles qui ont pour conséquence, soit d'aggraver les risques, soit d'en créer de nouveaux et rendent de ce fait inexactes ou caduques les réponses faites à l'Assureur.



Activités couvertes

Participation à des entraînements et/ou des courses hippiques de plat et/ou d'obstacle (selon déclaration au bulletin d'adhésion)

Les garanties Responsabilité Civile

Assureur : AXA France - Contrat N°6076806904

a) Nature de la garantie

Le présent contrat a pour objet de garantir les conséquences pécuniaires de la Responsabilité Civile incombant à l'assuré en raison de dommages corporels, matériels et immatériels consécutifs causés aux tiers du fait des activités assurées au contrat.

EXCLUSIONS COMPLEMENTAIRES

Outre les exclusions prévues aux Conditions Générales, sont exclus de la garantie au titre des Conditions Particulières :

- Les dommages causés et/ou subis par des véhicules terrestres à moteur et leurs remorques et semi-remorques participant à des défilés et cavalcades.
- Les dommages subis par les tribunes, gradins, chapiteaux, tentes ou structures provisoires.
- Les dommages imputables à des manifestations tauromachiques.
- Les dommages imputables à des jeux de type « Intervilles ».
- Tout retard ou toute interruption ou annulation de la manifestation par suite :
 - de l'indisponibilité de toute personne physique
 - de l'indisponibilité de tout matériel ou bien nécessaire à cette manifestation
 - et plus généralement de tout événement considéré par les Tribunaux comme « cas de force majeure » ou assurable au titre d'un contrat séparé « annulation de SPECTACLE ou manifestation ».
- Tous les risques liés à la circulation de véhicules terrestres à moteur.
- Les manifestations aériennes et d'une façon générale tous les risques liés à l'utilisation d'engins de navigation aérienne.
- Les manifestations motonautiques.
- Les manifestations ayant un caractère politique, syndical ou électoral.
- Les manifestations n'ayant pas obtenu l'accord préalable des autorités compétentes les concernant.
- Les frais de nettoyage et de remise en état des locaux occupés par l'assuré ne résultant pas d'un incendie, une explosion, un phénomène d'origine électrique ou les eaux.
- Les dommages subis par les pelouses, jardins, plantations, ornements floraux, végétations.
- Les manifestations (ou les activités) comportant un spectacle de pyrotechnie.

b) Champ d'application de la garantie dans le temps

La garantie est déclenchée par la réclamation conformément aux dispositions de l'article L124-5 du Code des assurances.

La garantie s'applique, dès lors que le fait dommageable est antérieur à la date de résiliation ou d'expiration de la garantie, et que la première réclamation est adressée à l'assuré ou à l'assureur entre la prise d'effet initiale de la garantie et l'expiration d'un délai subséquent de 5 ans à sa date de résiliation ou d'expiration, quelle que soit la date des autres éléments constitutifs des sinistres.

Toutefois, l'assureur ne couvre les sinistres dont le fait dommageable a été connu de l'assuré postérieurement à la date de résiliation ou d'expiration que si, au moment où l'assuré a eu connaissance de ce fait dommageable, cette garantie n'a pas été resouscrite ou l'a été sur la base du déclenchement par le fait dommageable.

Le contrat ne garantit pas les sinistres dont le fait dommageable était connu de l'assuré à la date de souscription de la garantie concernée.

Constitue un sinistre tout dommage ou ensemble de dommages causés à des tiers, engageant la responsabilité de l'assuré, résultant d'un fait dommageable et ayant donné lieu à une ou plusieurs réclamations. Le fait dommageable est celui qui constitue la cause génératrice du dommage. Un ensemble de faits dommageables ayant la même cause technique est assimilé à un fait dommageable unique.



Le sinistre est imputé à l'année d'assurance au cours de laquelle l'assureur a reçu la première réclamation. Constitue une réclamation toute demande en réparation amiable ou contentieuse formée par la victime d'un dommage ou ses ayants droits, et adressée à l'assuré ou à son assureur. Lorsqu'un même sinistre est susceptible de mettre en jeu les garanties apportées par plusieurs contrats successifs, la garantie déclenchée par le fait dommageable ayant pris effet postérieurement au 02 novembre 2003 est appelée en priorité, sans qu'il soit fait application des quatrième et cinquième alinéas de l'article L121-4 du Code des assurances.

Notice d'information : Assurance Individuelle Accident

DEFINITIONS

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

Accident

Toute atteinte corporelle, non intentionnelle de la part de l'Assuré et provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure. Le lien de causalité devant être établi entre la cause extérieure et l'atteinte corporelle.

Sont assimilées à des accidents les atteintes corporelles subies à la suite :

- d'accidents résultant de traitements médicaux, d'opérations chirurgicales ou de lésions causées par les rayons X, le radium et les autres corps radioactifs lorsqu'ils sont la conséquence d'un traitement ou de soins nécessités par un accident garanti ;
- de noyade, d'asphyxie, d'hydrocution, d'électrocution, de la chute de la foudre, de morsures ou de piqûres d'animaux ;
- d'absorption de substances vénéneuses ou corrosives ou d'aliments avariés absorbés par erreur ou due à l'action intentionnelle d'un tiers ;
- de jets de flamme, de vapeurs ou d'acides.

Ne sont pas considérés comme accidents, au sens du présent contrat, les hernies discales ou autres hernies, les lumbagos, sciatiques et affections dites « tours de reins », les infarctus quelle qu'en soit la cause, les affections coronariennes, les ruptures d'anévrisme, les embolies cérébrales, les hémorragies méningées, les névrites atteignant un nerf de la région traumatisée.

Assuré :

- les participants sportifs, membres du Club des Gentlemen Riders et des Cavalières de France ayant adhéré au présent contrat, licenciés dans le sport pratiqué, en excédent ou à défaut des garanties du contrat souscrit auprès de la Fédération du sport concerné,
- les élèves des grandes écoles lors de leur participation aux courses, en excédent ou à défaut des garanties souscrites auprès de la Fédération du sport concerné
- les membres du staff, les bénévoles dans le cadre des activités réalisées par le souscripteur.

Bénéficiaire

En cas de décès de l'Assuré, la personne qu'il a désignée et dont l'identité a été communiquée à l'Assureur.

En l'absence de désignation de bénéficiaire et par ordre prioritaire :

- à son conjoint non divorcé ou séparé de corps judiciairement,
- à défaut, à son partenaire avec lequel il est lié par un Pacte civil de solidarité,
- à défaut, par parts égales, à ses enfants nés ou à naître et à ceux de son conjoint s'il en avait la charge,
- à défaut, par parts égales, à son père ou à sa mère ou au survivant d'entre-eux,
- à défaut, aux ayants droit selon la dévolution successorale.

L'Assuré, pour les autres prestations.

Franchise

Somme qui reste à la charge de l'Assuré. Elle peut être absolue ou relative et peut s'exprimer en euros, en pourcentage ou en jours.

Franchise absolue

L'Assuré ne reçoit aucune indemnité si le sinistre est inférieur ou égal à la franchise. Si le sinistre est supérieur à la franchise, celle-ci sera déduite de l'indemnité.

Franchise relative

L'Assuré ne reçoit aucune indemnité si le sinistre est inférieur ou égal à la franchise. Par contre, il sera indemnisé sans déduction de la franchise, si le sinistre dépasse celle-ci.



Hospitalisation

Tout séjour dans un établissement hospitalier privé ou public, prescrit par un médecin, pour y recevoir un traitement médical ou chirurgical nécessité par un accident.

Maladie

Toute altération de la santé de l'Assuré constatée par une autorité médicale compétente.

Salaire annuel brut

Rémunération brute mensuelle de l'Assuré à la date de l'accident multipliée par douze et majorée des éléments variables de rémunération perçus lors des douze mois précédant l'accident (gratifications, heures supplémentaires, etc., le tout sans explication ni réserve) et servant de base à la déclaration annuelle de l'employeur à l'Administration des Contributions Directes.

Cette rémunération sera éventuellement reconstituée en cas de réduction ou de suppression pour cause de maladie ou de chômage partiel ou technique.

Sinistre

Survenance d'un accident atteignant un Assuré et donnant lieu au versement d'un capital et/ou d'indemnités.

Vie privée

L'ensemble des périodes de la journée qui ne répond pas à la définition de la vie professionnelle.

Vie professionnelle

La période de la journée pendant laquelle un Assuré exerce une activité salariée ou rémunérée. Entre dans cette période le temps de trajet de l'Assuré pour se rendre directement sur les lieux de son activité et pour rentrer directement à son domicile.

Si un Assuré exerce plusieurs activités, alors qu'une seule aura été déclarée au contrat, seuls les

Accidents dont l'Assuré serait victime au titre de cette activité seront garantis.

Est aussi considérée comme vie professionnelle la totalité des journées y compris jours fériés, jours de fin de semaine, que l'Assuré pourrait passer à l'étranger et en France alors qu'il est en mission ou en déplacements professionnels pour le compte de son employeur.

OBJET DU CONTRAT

AXA France IARD garantit le paiement des indemnités prévues ci-après en cas d'ACCIDENT subi par les assurés visés ci-dessus, quand ils sont victimes d'accidents corporels au cours ou à l'occasion des activités garanties par le présent contrat et pendant les déplacements sur place (autres que déplacements aériens) nécessités par le programme.

LES GARANTIES

1°/ Décès accidentel

A/ Montant du capital assuré

En cas de décès de l'Assuré, par suite d'Accident survenu et déclaré pendant la période de garantie du contrat, l'Assureur versera au Bénéficiaire, le capital indiqué au chapitre VI MONTANTS DES INDEMNITES GARANTIES.

Il est précisé que pour ouvrir droit au versement du capital, le décès devra intervenir au plus tard dans le délai d'un an qui suit l'accident.

Contrairement à ce qui est indiqué au paragraphe « PRESCRIPTION » des conditions générales, la prescription est portée à 10 ans pour les actions engagées par les ayants droit de l'assuré décédé.

B/ Déclaration de sinistre

Sauf cas de force majeure, le sinistre doit être déclaré le plus rapidement possible, dans un délai maximum de trente jours, à l'Assureur, en adressant les pièces justificatives nécessaires suivantes requises pour le règlement du capital :

- un extrait de l'acte de décès ;
- un certificat médical indiquant la cause exacte du décès ;
- une copie intégrale de l'acte de naissance de l'Assuré ;
- une photocopie du livret de famille de l'Assuré ;
- une photocopie du pacte civil de solidarité.

L'Assureur se réserve le droit de réclamer toutes pièces jugées nécessaires (copie du rapport de police, procès-verbal de gendarmerie, etc.).



Dispositions particulières en cas de disparition

Si le corps de l'Assuré n'a pas été retrouvé à la suite d'un accident d'avion, d'un naufrage, de la destruction d'un moyen de transport public ou la disparition du moyen de transport public, et si aucune nouvelle n'a été reçue de l'Assuré, des autres passagers ou des membres d'équipages dans les deux ans qui suivent, alors il sera présumé que l'Assuré aura péri des suites de cet événement.

Toutefois le capital pourra être versé avant l'expiration du délai de deux ans, sur présentation d'un jugement déclaratif de décès.

C./ Paiement du capital Décès

Le capital Décès est versé au Bénéficiaire dès que l'Assureur a reçu, examiné et validé toutes les pièces reçues et éventuellement réclamées par celui-ci, dans un délai maximum de trente jours à compter de la réception de la totalité des pièces.

2°/Invalidité permanente totale ou partielle à la suite d'accident

A / Définition

Atteinte présumée définitive des capacités physiques ou mentales de l'Assuré, suite à accident survenu pendant la période de validité du contrat.

B / Montant du capital assuré

Le capital Invalidité sera versé si à la suite d'un ACCIDENT, l'Assuré reste atteint :

- ✓ d'une invalidité permanente totale, l'Assureur lui versera le capital indiqué au chapitre VI MONTANTS DES INDEMNITES GARANTIES ;
- ✓ d'une invalidité permanente partielle, l'Assureur lui versera une indemnité déterminée en multipliant le montant fixé au tableau « Montant des indemnités garanties » par le pourcentage d'invalidité permanente (taux d'I.P.) de l'assuré fixé par le médecin expert de l'assureur selon le barème indicatif d'invalidité ACCIDENT DU TRAVAIL DE LA SECURITE SOCIALE, sans tenir compte de la profession de l'assuré.

En cas d'invalidité permanente supérieure à 60 %, le capital indiqué au chapitre VI MONTANTS DES INDEMNITES GARANTIES est doublé.

C /. Déclaration de sinistre

Le sinistre doit être déclaré le plus rapidement possible, dans un délai maximum de trente jours, à l'Assureur, en adressant les pièces justificatives nécessaires suivantes requises pour le règlement du capital :

• un certificat médical détaillé, précisant la cause et les circonstances de l'accident, la date de la première constatation médicale et la durée prévisible de l'incapacité de travail initial ;

- ✓ la notification définitive d'attribution de pension d'invalidité ou de rente d'invalidité permanente en cas d'accident du travail, délivrée par la Sécurité Sociale au moment de l'ouverture des droits ;
- ✓ la notification définitive d'attribution de pension d'invalidité ou de rente d'invalidité permanente en cas d'accident du travail, délivrée par la Sécurité Sociale au moment de l'ouverture des droits ;
- ✓ une photocopie d'une pièce d'identité comportant le lieu de naissance, à défaut l'extrait d'acte de naissance ;
- ✓ le certificat de consolidation de l'assuré.

En plus des pièces ci-dessus, le Bénéficiaire devra remettre à l'Assureur tout document susceptible de prouver la relation de cause à effet entre l'accident et l'invalidité (copie du rapport de police, procès-verbal de gendarmerie, etc.) ainsi que toute autre pièce demandée par l'Assureur permettant de constituer le dossier.

4°/Frais de traitement médical suite à accident :

A / Définition et objet de la garantie

Si à la suite d'un ACCIDENT GARANTI, l'Assuré supporte des frais de traitement, l'Assureur remboursera, dans la limite du montant mentionné au chapitre VI MONTANTS DES INDEMNITES GARANTIES et sur remise des pièces justificatives, les frais médicaux, pharmaceutiques, chirurgicaux, d'hospitalisation, les frais afférents aux appareils d'orthopédie et de prothèse, de bris de lunettes et de lentilles engagés sur prescriptions médicales, jusqu'au jour de la guérison, de la consolidation ou du décès.

Cette garantie s'applique également aux frais de premier transport du lieu de l'accident à l'établissement hospitalier le plus proche, à concurrence des frais réels restant à charge avec un maximum de 200 ou 400 euros selon option souscrite.



B / Montant et modalité de versement de l'indemnité frais de traitement assurée

Le montant maximum des frais de traitement assurés au titre du présent contrat est mentionné au chapitre VI MONTANTS DES INDEMNITES GARANTIES.

L'indemnisation viendra, s'il y a lieu, en complément des indemnités ou prestations de même nature qui pourraient être allouées à l'Assuré, s'il est affilié à un régime obligatoire ou tout autre régime de prévoyance sans qu'il puisse percevoir au total un montant supérieur à celui de ses débours réels.

Si l'Assuré n'est pas affilié à un régime obligatoire ou à tout autre régime de prévoyance, la garantie s'exercera à compter du premier euro.

Les frais qui ne sont pas normalement pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie, ne seront pas indemnisés.

En cas de demande de provision par un hôpital ou une clinique et si les frais médicaux sont compris dans l'assurance, l'Assureur peut, à la demande de l'Assuré, se substituer à lui.

Assurances cumulatives

Si les frais de traitement garantis par le contrat sont ou viennent à être couverts par une autre assurance, l'Assuré devra en informer l'Assureur conformément à l'article L 121-4 du Code des Assurances.

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

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

IV. Dispositions particulières

1°/ Le cumul d'indemnité

Aucun accident ne peut donner droit simultanément au versement de capitaux Décès et Invalidité Permanente Totale ou Partielle.

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

A contrario dans le cas où après avoir perçu une indemnité résultant d'une Invalidité consécutive à un accident garanti, l'Assuré venait à décéder dans un délai de 1 an des suites du même accident garanti, l'Assureur versera au bénéficiaire le capital prévu en cas de décès accidentel après déduction de l'indemnité déjà versée au titre de l'invalidité.

Outre les cas précisés au paragraphe III - 3 -B, le versement d'Indemnités Journalières s'arrête de plein droit, dès qu'il y a décès ou consolidation d'invalidité. Les indemnités versées au titre de cette garantie se cumulent avec le capital Décès et/ou Invalidité.

2°/ Contrôle de l'Assureur

Dans tous les cas et à toute époque l'Assureur se réserve le droit de nommer le médecin expert de son choix, lequel aura pour mission de constater que l'état de santé de l'Assuré rentre effectivement dans le cadre des garanties définies au contrat. Le médecin mandaté par l'Assureur devra avoir libre accès auprès de l'Assuré et pourra se faire communiquer les documents qu'il jugera nécessaires.

À défaut, l'Assuré se trouvera déchu de tout droit à indemnité.

Il est bien entendu que les décisions prises par la Sécurité Sociale et les certificats médicaux nécessaires à la mise en œuvre des garanties sont inopposables à l'Assureur.

3°/ Subrogation

Après le paiement des sommes assurées en cas de « DÉCÈS », d'« INVALIDITÉ PERMANENTE », d'« INCAPACITÉ TEMPORAIRE » aucun recours n'est possible contre le responsable du sinistre, conformément à l'article L 131-2 du Code des Assurances.

Pour la garantie des « FRAIS DE TRAITEMENT », lorsqu'une indemnité a été versée, l'Assureur est substitué dans les droits et actions de l'Assuré jusqu'à concurrence de cette indemnité contre tout responsable du dommage.

Si par le fait de l'Assuré cette subrogation ne peut s'opérer, la garantie de l'Assureur cesse d'être engagée.

Ces dispositions ne s'appliquent pas, sauf en cas de malveillance, à son conjoint, ses descendants et ascendants, préposés, ainsi qu'à toutes personnes vivant habituellement au foyer de l'Assuré.

4°/ Arbitrage

Une expertise médicale peut s'avérer nécessaire pour constater l'état d'incapacité de travail ou d'invalidité permanente. Dans ce cas, les honoraires du médecin que l'Assureur charge de réaliser cette expertise, sont réglés par ses soins.

Les conclusions de l'expertise sont notifiées à l'Assuré par lettre recommandée avec accusé de réception ; elles peuvent conduire l'Assureur à cesser, à refuser ou à réduire le versement de ses prestations.

En cas de contestation d'ordre médical portant sur les causes ou les conséquences du sinistre, le différend est soumis à une expertise. Chacune des parties désigne un médecin. Si les médecins ainsi désignés ne sont pas d'accord, ils s'adjoignent un troisième médecin ; les trois médecins opèrent alors en commun et à la majorité des voix.



Faute par l'une des parties de nommer son médecin ou par les deux médecins de s'entendre sur le choix du troisième, la désignation est effectuée par le Président du Tribunal de Grande Instance ou du Tribunal de Commerce du domicile du Souscripteur et/ou de l'Assuré.

Dans la troisième éventualité, la nomination a lieu sur simple requête de la partie la plus diligente, faite au plus tôt quinze jours après l'envoi, à l'autre partie, d'une lettre recommandée de mise en demeure avec avis de réception ; s'il y a lieu à désignation d'un troisième médecin, celle-ci est faite par le Président du Tribunal statuant en référé.

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

V. EXCLUSIONS COMPLEMENTAIRES

SONT EXCLUS DE L'ASSURANCE LES CONSEQUENCES :

- **DE MALADIE.**
- **D'ETHYLISME, D'IVRESSE MANIFESTE OU S'IL EST REVELE QU'AU MOMENT D'UN ACCIDENT, L'ASSURE AVAIT UN TAUX D'ALCOOLEMIE EGAL OU SUPERIEUR A CELUI FIXE PAR LA REGLEMENTATION FRANCAISE REGISSANT LA CIRCULATION AUTOMOBILE.**
- **D'USAGE DE DROGUES, STUPEFIANTS, MEDICAMENTS OU TRANQUILLISANTS SANS PRESCRIPTION MEDICALE.**
- **DE SUICIDE OU DE TENTATIVE DE SUICIDE.**
- **DE GUERRE CIVILE OU ETRANGERE, D'INSURRECTION, AINSI QUE DES OPERATIONS DE MAINTIEN DE L'ORDRE DANS LE CADRE DE RESOLUTIONS DE L'ONU OU AUTRE INSTITUTION SIMILAIRE, AINSI QUE LES OPERATIONS DE MAINTIEN DE LA PAIX.**
- **D'UN ACCIDENT SUBIS A L'OCCASION D'UN DEPLACEMENT OU SEJOUR DANS UNE DES REGIONS OU UN DES PAYS DECONSEILLES PAR LE MINISTERE FRANCAIS DES AFFAIRES ETRANGERES. POUR LES PERSONNES DEJA PRESENTES DANS CETTE ZONE A LA DATE DE L'INSCRIPTION DE CETTE ZONE SUR LES LISTES DU MINISTERE DES AFFAIRES ETRANGERES, L'EXCLUSION NE S'APPLIQUE QU'A COMPTER DU 14EME JOUR SUIVANT CETTE INSCRIPTION.**

TOUTEFOIS EN CAS DE DEPLACEMENT OU SEJOUR POUR RAISON PROFESSIONNELLE, L'ASSUREUR POURRA PROPOSER DES CONDITIONS DE MAINTIEN D'ASSURANCE.

POUR CE FAIRE, LE SOUSCRIPTEUR DEVRA DECLARER 10 JOURS AVANT LA DATE DE DEPART LE OU LES SALARIE(S) CONCERNE(S).

- **DE LA PARTICIPATION ACTIVE DE L'ASSURE A DES EMEUTES, MOUVEMENTS POPULAIRES, ACTES DE SABOTAGE, CRIMES OU DELITS INTENTIONNELS, RIXES SAUF EN CAS DE LEGITIME DEFENSE, ATTENTAT, ACTE DE TERRORISME.**
- **D'ACCIDENTS SURVENUS AVANT LA DATE D'ENTREE EN GARANTIE DE L'ASSURE.**
- **D'UN FAIT INTENTIONNEL DE L'ASSURE, DU BENEFICIAIRE OU DU SOUSCRIPTEUR.**
- **D'UN TRAITEMENT ESTHETIQUE ET/OU D'OPERATION DE CHIRURGIE ESTHETIQUE NON CONSECUTIF A UN ACCIDENT GARANTI AINSI QUE LEURS SUITES ET CONSEQUENCES.**

• **D'UN ACCIDENT RESULTANT :**

- DE TOUT COMBUSTIBLE NUCLEAIRE, PRODUIT OU DECHET RADIOACTIF,
- DE TOUT ENGIN DESTINE A IRRADIER OU A EXPLOSER PAR MODIFICATION DU NOYAU DE L'ATOME, AINSI QUE DE LEUR DECONTAMINATION,
- DE L'ACTION DIRECTE OU INDIRECTE DE TOUT AGENT BIOLOGIQUE.

• **D'UN ACCIDENT RESULTANT DE LA NAVIGATION AERIENNE, SAUF EN QUALITE DE PASSAGER SUR UN AVION DE LIGNE COMMERCIALE REGULIERE OU A BORD D'UN APPAREIL MUNI D'UN CERTIFICAT VALABLE DE NAVIGABILITE ET DONT LE PILOTE POSSEDE UN BREVET ET UNE LICENCE REGLEMENTAIRE.**

• **DE LA PRATIQUE DES ACTIVITES SUIVANTES :**

- ACROBATIES AERIENNES,
- PARACHUTISME, ULM, DELTAPLANE, PARAPENTE OU ENGIN SIMILAIRES,
- ESSAIS, ENTRAINEMENTS OU PARTICIPATION A DES EPREUVES OU COMPETITIONS COMPORTANT L'UTILISATION DE VEHICULES OU EMBARCATIONS A MOTEUR,
- SPORTS PROFESSIONNELS,
- RAIDSPORTIFS,
- TENTATIVES DE RECORDS, PARIS DE TOUTE NATURE.

• **DE CURE DE TOUTE NATURE.**

• **DE LA NEGIGENCE, DU DEFAUT DE SOINS OU DE L'USAGE DE SOINS EMPIRIQUES SANS CONTROLE MEDICAL (SAUF CAS DE FORCE MAJEURE). LES GARANTIES SONT ALORS VERSEES EN FONCTION DES CONSEQUENCES QUE L'ACCIDENT AURAIT EUES SUR UNE PERSONNE SOIGNEE DANS LES REGLES DE L'ART.**

• **D'AFFECTIOMS NEUROLOGIQUES, PSYCHIATRIQUES OU PSYCHOLOGIQUES.**

• **DE DOMMAGES OU EVENEMENTS VISES AUX EXCLUSIONS 4.6 ET 4.22 DE L'ARTICLE 4 DES CONDITIONS GENERALES**



VI – MONTANTS DES INDEMNITES GARANTIES

PLAT / OBSTACLES	OPTION 1	OPTION 2
Décès	100 000 €	100 000 €
Invalidité permanente totale ou partielle Franchise relative 5 %	61 000 € <i>Si invalidité supérieure à 60 % le capital est porté à 122 000 €</i>	92 000 € <i>Si invalidité supérieure à 60 % le capital est porté à 183 000 €</i>
Incapacité temporaire totale de travail Franchise 15 jours	20 € par jour	35 € par jour
Frais de traitement	400 % du tarif de convention sécurité sociale	400 % du tarif de convention sécurité sociale
Bris de lunettes, lentilles	150 € par assuré et par an	300 € par assuré et par an
Soins dentaires et prothèses	300 € par assuré et par an	600 € par assuré et par an
Frais de rapatriement	200 € par assuré et par an	400 € par assuré et par an

*Sans pouvoir excéder un montant maximum de **1.000.000 euros** par assuré victime et **1 500 000 euros** par année d'assurance, pour l'ensemble des dommages consécutifs à un même évènement et quel que soit le nombre de victimes.*

VII. TERRITORIALITE

Les garanties sont accordées dans le monde entier, à l'exclusion des Etats-Unis et du Canada.

VIII. DUREE DE LA GARANTIE

La garantie est accordée dans les termes et limites de ce qui est indiqué au paragraphe « durée du contrat » prévue ci-avant aux présentes conditions particulières.

IX. CESSATION DES GARANTIES

Les garanties cessent à l'égard de l'Assuré :

- en cas de réalisation du risque Décès ou d'Invalidité Permanente Totale ;
- à l'expiration de l'année d'assurance au cours de laquelle l'Assuré atteint :
 - son 70ème anniversaire, pour la garantie Décès,
 - son 65ème anniversaire pour toutes les autres garanties.



INFORMATIONS GENERALES

En application de l'article L.520-1-II-b du Code des Assurances, nous tenons à votre disposition la liste des entreprises d'assurance avec lesquelles nous travaillons pour l'assurance des risques concernés par votre demande.

Si vous souhaitez obtenir communication de cette liste, il vous suffit de nous adresser un courrier simple à l'adresse suivante :

GRAS SAVOYE
Hipcover
33/34 Quai de Dion Bouton
CS 70001,
92814 Puteaux Cedex
ou un courriel à l'adresse suivante : hipcover@grassavoye.com

L'organisme chargé du contrôle de notre activité est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 61 rue Taitbout - 75436 Paris Cedex 9.

NOTRE REMUNERATION

En application de l'article L. 521-2, II, 2° du Code des Assurance, Gras Savoie vous informe percevoir une commission incluse dans la prime d'assurance due au titre de la souscription du contrat d'assurance.

SATISFACTION DU CLIENT

Si vous estimatez, à tout moment, que nos services ne sont pas à la hauteur de vos attentes, vous pouvez contacter notre Service Clients, en précisant le numéro de votre police figurant sur vos Conditions Particulières :

Par courrier : Gras Savoie, Département ARS – Service Clients – Immeuble Quai 33 – 33/34 quai de Dion-Bouton, CS 70001, 92 814 Puteaux Cedex
Par email : qualite.grc@grassavoye.com

Nous dirigerons votre réclamation vers le service concerné. Le service concerné pourra traiter la réclamation en coordination avec d'autres services le cas échéant.

Nous accuserons réception de votre réclamation au plus tard dans un délai de cinq jours ouvrables. Si nous le pouvons, nous répondrons à votre réclamation dans ce même délai. A défaut, nous mettrons tout en œuvre pour vous apporter une réponse dans un délai de quatre semaines. Si pour une raison quelconque, nous ne pouvions pas vous répondre dans ce délai de quatre semaines, nous vous contacterons pour vous en donner les raisons et vous indiquer le délai prévisionnel dans lequel nous pensons être en mesure de vous apporter une réponse. Dans tous les cas, nous nous engageons à ce qu'une décision soit prise et qu'une réponse vous soit apportée dans un délai maximum de deux mois suivant la date de réception de votre réclamation. Dépassé ce délai de deux mois, ou si vous n'êtes pas satisfait de la réponse que nous vous avons apportée, vous pouvez, si vous l'estimez nécessaire, obtenir des informations auprès de notre organisme de contrôle en France :

Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR)
61 rue Taitbout
75436 Paris Cedex 09
Fax : +33 (0)1 49 95 40 30