



Solutions AXA
pour les entreprises
Lignes spécialisées/
Risques spéciaux

Conditions générales Individuelle Accidents

Avril 2017

Le présent contrat est constitué par :

- les présentes Conditions générales qui définissent les obligations incombant à l'assureur et à l'assuré, ainsi que le mode de fonctionnement du contrat ;
- les Conditions particulières qui adaptent le contrat à la situation particulière de chaque risque à garantir en fonction des déclarations du souscripteur.

Droit applicable et juridiction compétente :

Ce contrat est régi par le droit français et notamment le Code des assurances.

Pour les risques définis à l'article L 191-2 du titre IX traitant des Dispositions particulières pour les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle :

- sont applicables les articles impératifs : L 191-5, L 191-6 ;
- n'est pas applicable l'article L 191-7 auquel il est dérogé expressément.

Tout litige relatif à l'application de ce contrat relève de la seule compétence des tribunaux français.

Embargo/Sanctions :

Le présent contrat sera sans effet et l'assureur ne sera pas tenu de payer une indemnité ou de fournir des garanties, au titre du présent contrat, dès lors que l'exécution du contrat exposerait l'assureur aux sanctions, interdictions ou aux restrictions résultant des résolutions des Nations Unies ou aux sanctions économiques ou commerciales prévues par les lois ou règlements édictées par l'Union Européenne, le Royaume-Uni ou les États-Unis d'Amérique.

Commission de contrôle :

L'autorité du contrôle de l'assureur désigné aux Conditions particulières est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - ACPR - situé 4, Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.

SOMMAIRE

Chapitre	Page	Article
1. Objet du contrat	2	1.1. Garanties de base
	2	1.2. Garanties optionnelles
2. Garanties de base	3	2.1. Décès accidentel
	4	2.2. Invalidité permanente totale ou partielle à la suite d'accident
3. Garanties optionnelles	5	3.1. Incapacité temporaire totale de travail à la suite d'accident
	5	3.2. Frais d'obsèques suite à décès accidentel
	6	3.3. Frais de traitement à la suite d'accident
	6	3.4. Garantie coma
	6	3.5. Garantie aménagement du domicile et/ou du véhicule
	7	3.6. Garantie assistance psychologique
	7	3.7. Garantie dommages aux effets personnels
	7	3.8. Garantie frais de communication
	7	3.9. Garantie frais supplémentaires liés à l'indisponibilité d'un collaborateur clé
	8	3.10. Frais de recherche et de secours
	9	3.11. Frais de reconversion professionnelle
4. Modalités des garanties	10	4.1. Dispositions particulières concernant le cumul d'indemnités
	10	4.2. Barème d'invalidité (cf. tableau)
	13	4.3. Étendue géographique
5. Exclusions générales	14	
6. Dispositions relatives au contrat	16	6.1. Prise d'effet - Durée des garanties et du contrat
	17	6.2. Résiliation du contrat
	17	6.3. Droit aux prestations en cas de résiliation ou d'expiration du contrat
	17	6.4. Cotisations
	19	6.5. Contrôle de l'assureur
	19	6.6. Arbitrage
	20	6.7. Subrogation
	20	6.8. Coassurance
	20	6.9. Prescription
	21	6.10. Réclamations
	21	6.11. Autres dispositions
7. Définitions	22	

Les mots qui figurent dans ces Conditions générales sous l'intitulé « Définitions » ont toujours dans le texte le sens correspondant à leur définition. Ils sont soulignés lors de leur première apparition.

1. OBJET DU CONTRAT

Le présent contrat a pour objet de garantir, au bénéficiaire, le paiement d'indemnités et/ou d'un capital, en cas de réalisation des risques suivants, atteignant l'assuré pendant la durée du contrat et dans les limites et conditions de ce dernier :

1.1. Garantie de base

- Décès accidentel et invalidité permanente totale ou partielle suite à accident.

ou

- Décès accidentel et invalidité absolue et définitive consécutive à un accident.

selon le choix du souscripteur indiqué aux Conditions particulières.

Si mention en est faite aux Conditions particulières, le souscripteur a la possibilité de limiter le fait générateur de la garantie de base aux seules conséquences d'agression, de hold-up, ou d'attentat, selon les dispositions suivantes :

L'assureur garantit les conséquences d'atteintes corporelles reconnues par la Sécurité sociale comme accidents du travail, subies par l'assuré à la suite d'agression ou de Hold-up, d'un attentat, d'un acte de terrorisme, de mouvement de foules dû à une grève, émeute, mouvement populaire, actes de sédition ou rébellion, survenant au cours ou à l'occasion de ses activités professionnelles, pendant la période de validité du contrat.

La garantie ainsi définie s'étend non seulement à une agression survenant dans les locaux occupés par le souscripteur et durant les heures de travail, mais également en tout lieu et à tout moment si la qualité de préposé a été déterminante dans la réalisation de l'agression.

Cependant, dans ce dernier cas, la preuve de la relation de cause à effet est à la charge de la victime, alors que dans le cas d'un sinistre intervenant dans les locaux du souscripteur et durant les heures de travail, la victime bénéficie d'une présomption de preuve de cette relation entre l'agression et sa qualité de préposé du souscripteur.

1.2. Garanties optionnelles

Les garanties optionnelles ci-après sont accordées si mention en est faite aux Conditions particulières du contrat. (Toutefois si la garantie de base est limitée aux seules conséquences d'agression, de hold-up, ou d'attentat, les dispositions de cette garantie s'appliquent également aux garanties optionnelles).

- Incapacité temporaire totale de travail à la suite d'accident.
- Frais d'obsèques.
- Frais de traitement à la suite d'accident.
- Coma.
- Aménagement du domicile et/ou du véhicule.
- Assistance psychologique.
- Dommages aux effets personnels.
- Frais de communication.
- Frais supplémentaires liés à l'indisponibilité d'un collaborateur clé.
- Frais de recherche et de secours.
- Frais de reconversion professionnelle.

2. GARANTIES DE BASE

2.1. Décès accidentel

2.1.1. Montant du capital assuré

En cas de décès de l'assuré, par suite d'accident survenu pendant la période de garantie du contrat, l'assureur versera au bénéficiaire, le capital indiqué aux Conditions particulières.

Il est précisé que pour ouvrir droit au versement du capital, le décès devra intervenir au plus tard dans les 24 mois qui suivent l'accident.

Pour les mineurs de moins de 12 ans, les majeurs en tutelle et les personnes placées dans un établissement psychiatrique d'hospitalisation, l'indemnité versée sera limitée au remboursement, sur justificatifs, des frais d'obsèques à concurrence du capital garanti aux Conditions particulières, conformément aux dispositions de l'article L 132.3 du Code des assurances.

2.1.2. Déclaration de sinistre

Sauf cas de force majeure, le sinistre doit être déclaré le plus rapidement possible, dans un délai maximum de **30 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.).

2.1.3. Paiement du capital décès

Le capital décès est versé au bénéficiaire désigné aux Conditions particulières et à défaut ses ayants droits dès que l'assureur a reçu, examiné et validé toutes les pièces reçues et éventuellement réclamées par celui-ci, dans un délai maximum de **30 jours** à compter de la réception de la totalité des pièces requises à l'analyse du sinistre décès.

Capital complémentaire :

L'indemnité sera complétée par le versement, sur justificatifs, d'un capital complémentaire au conjoint de l'assuré :

- au titre de la reconversion professionnelle si le conjoint est inactif ;
- s'il ne bénéficie pas de la pension de réversion.

Le montant de ce capital complémentaire est fixé aux Conditions particulières.

2.1.4. Dispositions particulières en cas de disparition

En cas de disparition de l'assuré dans des circonstances laissant penser qu'il est décédé, le capital sera versé lorsque le décès aura été judiciairement déclaré, conformément aux dispositions de l'article 88 du Code civil.

2.2. Invalidité permanente totale ou partielle à la suite d'accident

2.2.1. 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 ou d'une invalidité absolue et définitive**, l'assureur lui versera le capital indiqué aux Conditions particulières ;
- **d'une invalidité permanente partielle**, l'assureur lui versera une indemnité calculée en fonction du capital indiqué aux Conditions particulières, du degré d'invalidité et de la franchise indiquée aux Conditions particulières.

Préjudice de désagrément

Les indemnités dues au titre de la garantie invalidité permanente seront complétées par le versement d'une indemnité forfaitaire complémentaire fixée en fonction du degré d'infirmité permanente dont l'assuré aura été atteint et pour un montant déterminé selon le barème fixé aux Conditions particulières.

2.2.2. Déclaration de sinistre

Le sinistre doit être déclaré le plus rapidement possible, dans un délai maximum de **30 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 initiale ;
- 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 de l'assuré 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, l'assuré 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.

Les pièces médicales doivent être adressées, sous pli fermé, à l'attention du médecin-conseil de l'assureur.

L'assuré est tenu de se soumettre, toutes les fois où l'assureur le juge utile, à l'examen d'un médecin délégué par lui, sous peine, en cas de refus, de perdre le bénéfice de la garantie.

2.2.3. Paiement du capital invalidité

Le degré d'invalidité est fixé dès qu'il y a consolidation de l'état de l'assuré et au plus tard dans un délai de 3 ans à compter de la date de l'accident.

Le capital invalidité est versé à l'assuré dès que l'assureur a reçu, examiné et validé toutes les pièces reçues et éventuellement réclamées par celui-ci, dans un délai maximum de **30 jours** à compter de la réception de la totalité des pièces requises à l'analyse du sinistre.

En cas d'invalidité permanente, si l'accord des parties sur le taux d'invalidité définitif n'est pas intervenu ou si la consolidation n'est pas survenue à l'expiration d'un délai d'**1 an** à compter de la date de déclaration du sinistre, des acomptes peuvent être versés sur demande de l'assuré.

En cas d'invalidité permanente supérieure à 66 %, l'indemnité contractuelle est versée à 100 %.

3. GARANTIES OPTIONNELLES

Les garanties explicitées ci-après sont accordées si mention en est faite aux Conditions particulières du contrat. Elles sont accordées dans les termes, limites et exclusions du contrat auxquels il n'est pas expressément dérogé et sous réserve des Dispositions particulières ci-après.

3.1. Incapacité temporaire totale de travail à la suite d'accident

3.1.1. Montant et modalité de versement de l'indemnité journalière assurée

Si à la suite d'un accident, l'assuré est atteint d'une incapacité temporaire totale de travail entraînant une interruption d'activité professionnelle, l'assureur lui versera l'indemnité journalière dont le montant est indiqué aux Conditions particulières, par jour d'arrêt de travail prescrit médicalement.

L'indemnité journalière sera versée mensuellement à terme échu à l'issue d'une période non indemnisée appelée franchise. Le versement de l'indemnité cessera au jour de la guérison ou de la consolidation et au maximum, jusqu'au 365^e jour suivant l'arrêt.

La franchise dont le nombre de jours est indiqué aux Conditions particulières est décomptée à partir du premier jour d'arrêt d'activité.

En cas d'accident entraînant une hospitalisation immédiate supérieure à 3 jours, la franchise sera ramenée à 3 jours. Toute possibilité de reprise partielle de l'activité professionnelle de l'assuré entraîne une réduction des prestations de 50 %.

Toute reprise totale d'activité professionnelle entraîne l'arrêt de la prestation.

En cas de rechute dans les 90 jours suivant la reprise d'activité, le versement de l'indemnité journalière sera repris sans franchise et sans que le nombre total de journées d'incapacité indemnisées soit supérieur au maximum prévu.

Pour un même accident, tout nouvel arrêt au-delà des **90 jours** suivant la reprise d'activité, entraînera une nouvelle application de la franchise.

3.1.2. Déclaration de sinistre

Sauf cas de force majeure, le sinistre doit être déclaré le plus rapidement possible, dans un délai maximum de **5 jours**, à l'assureur, en adressant les pièces justificatives nécessaires suivantes requises pour le règlement de l'indemnité :

- 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 ;
- l'avis d'arrêt de travail initial ;
- l'avis de prolongation d'arrêt de travail ;
- en cas d'hospitalisation, un bulletin d'hospitalisation ;
- en cas de rechute, un certificat médical précisant qu'il s'agit de la même affection, ainsi que l'avis d'arrêt de travail mentionnant la rechute et les arrêts de prolongation s'ils n'ont pas été fournis, ainsi que toute autre pièce demandée par l'assureur permettant de constituer le dossier.

Les pièces médicales doivent être adressées, sous pli fermé, à l'attention du médecin-conseil de l'assureur.

À défaut, la franchise sera décomptée à partir du jour de la réception du dossier par l'assureur.

En cas de prolongation d'arrêt de travail, le certificat d'arrêt de travail doit être adressé dans les **15 jours** de son établissement, à défaut les jours d'arrêt entre l'arrêt précédent et la déclaration de la prolongation ne seront pas indemnisés.

3.2. Frais d'obsèques suite à décès accidentel

En cas de décès consécutif à un accident, l'assureur versera au bénéficiaire une indemnité, fixée aux Conditions particulières, réservée aux frais d'obsèques.

Le versement interviendra dans un délai de **30 jours** à compter de la réception de la totalité des pièces requises à l'analyse du sinistre décès dans la limite du montant réglé et sur présentation des factures d'un organisme funéraire.

3.3. Frais de traitement à la suite d'accident

3.3.1. Objet de la garantie

Si à la suite d'un accident, l'assuré supporte des frais de traitement, l'assureur remboursera ces frais jusqu'au jour de la guérison ou de la consolidation, dans la limite du montant mentionné aux Conditions particulières et sur remise des pièces justificatives.

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 restants, sur remise des pièces justificatives et dans la limite du montant des frais de traitement mentionné aux Conditions particulières.

3.3.2. Montant et modalité de versement de l'indemnité frais de traitement

Le montant maximum des frais de traitement assurés au titre du présent contrat est mentionné aux Conditions particulières.

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.

3.4. Garantie coma

Lorsqu'un assuré est victime d'un accident et qu'il est médicalement établi qu'il demeure dans un état de coma au-delà de 10 jours consécutifs, l'assureur versera à l'assuré une indemnité par jour de coma pendant toute la durée du coma avec une durée maximale de 365 jours.

Le montant de cette indemnité est fixé aux Conditions particulières.

3.5. Garantie Aménagement du domicile et/ou du véhicule

En cas d'invalidité accidentelle de l'assuré supérieure à 33% , résultant d'un accident, l'assureur versera 15% du capital assuré en invalidité accidentelle permanente dans la limite d'un capital maximum indiqué aux Conditions particulières.

Ce capital maximum est versé à la victime assurée uniquement sur présentation des factures relatives aux travaux effectués pour aménager sa résidence principale ou son véhicule en fonction de son invalidité.

3.6. Garantie Assistance Psychologique

En cas de :

- décès de l'assuré, d'invalidité permanente ou de dommages corporels consécutifs à une agression, un Acte de terrorisme ou un Attentat ;

ou

- d'invalidité permanente supérieure à 50% consécutive à un accident,

l'assureur rembourse le montant des consultations auprès d'un psychologue à concurrence du montant indiqué aux Conditions particulières.

Le remboursement du montant des consultations auprès d'un psychologue est effectué :

- en cas de décès de l'assuré : à son ou ses bénéficiaire(s) ;
- pour les autres cas : à l'assuré.

3.7. Garantie Dommages aux effets personnels

En cas de Dommages aux effets personnels de l'assuré suite à une agression, un Acte de terrorisme, un Attentat ou un accident de la circulation, l'assureur indemnise l'assuré pour le remplacement de ses effets personnels détruits, sur présentation de justificatifs, à concurrence de la somme indiquée aux Conditions particulières.

SONT EXPRESSÉMENT EXCLUS DE LA GARANTIE :

- tous appareils ou prothèses dentaires, optiques, auditives, orthopédiques, les lunettes, les verres de contacts, ou autres ;
- les téléphones portables ;
- les matériels audio-visuels, les appareils photos, les appareils vidéo ou hifi ;
- les bijoux ;
- les frais qui peuvent être indemnisés par un autre contrat d'assurance ou ceux qui font l'objet d'une indemnité attribuée soit à l'assuré soit au souscripteur ;
- le vol ou la destruction des espèces monnayées détenues par l'assuré lors du fait générateur.

3.8. Garantie frais de communication

L'assureur s'engage à rembourser au souscripteur du présent contrat, les frais de communication externe que celui-ci aura dû engager à la suite de la survenance d'un accident corporel, consécutif à une agression ou un hold up. La mise en place de la campagne de communication doit survenir dans un délai maximum de **15 jours** après la date du sinistre.

Ce remboursement sera effectué sur présentation à l'assureur des factures justificatives, à concurrence de la somme indiquée aux Conditions particulières.

3.9. Garantie frais supplémentaires liés à l'indisponibilité d'un collaborateur clé

3.9.1. Objet de la garantie

La présente garantie a pour objet d'indemniser le souscripteur des frais supplémentaires qu'il a engagés pour l'emploi d'un remplaçant qualifié, suite à l'arrêt de travail du collaborateur clé, afin d'éviter la cessation ou le ralentissement de son activité.

L'arrêt de travail du collaborateur clé doit être la conséquence d'une incapacité temporaire totale de travail qui devra être cumulativement :

- consécutive à un accident (survenu tant au cours de sa vie privée que de sa vie professionnelle et ce dans le monde entier) ;
- d'une durée minimale de **30 jours** consécutifs.

Les frais supplémentaires garantis sont :

- les frais engagés pour la recherche d'un remplaçant externe et sa mise à niveau : recours à un cabinet de recrutement, frais d'annonce, frais de formation... ;
- le surcoût salarial correspondant à la différence entre le salaire du remplaçant externe et de la personne remplacée.

L'indemnité sera versée sur présentation des justificatifs des frais supplémentaires acquittés par le souscripteur à concurrence de la somme indiquée aux Conditions particulières.

3.9.2. Modalité de versement de l'indemnité

L'indemnité sera versée mensuellement à terme échu et ce jusqu'à la date de reprise d'activité du collaborateur clé, dans la limite du montant assuré et pour une durée maximale de 365 jours (1 an).

Toute reprise partielle de l'activité professionnelle du collaborateur clé entraîne une réduction de l'indemnité de 50 %.

Toute reprise totale d'activité professionnelle entraîne l'arrêt immédiat du versement de l'indemnité.

3.9.3. Engagement maximum de l'assureur

L'engagement maximum de l'assureur indiqué aux Conditions particulières est fixé par année d'assurance pour l'ensemble des arrêts de travail déclarés des collaborateurs clés au cours d'un même exercice et donnant lieu à indemnisation avec une sous-limite par collaborateur.

3.9.4. Garantie décès ou invalidité absolue et définitive (I.A.D) d'un collaborateur clé

L'assureur versera au souscripteur, sur justificatifs et sous réserve de l'accord de l'assuré à la souscription du contrat, une indemnité à concurrence d'une somme maximale précisée aux Conditions particulières, en cas de décès d'un collaborateur clé ou en cas d'invalidité absolue définitive de celui-ci.

Ce capital a pour objet d'indemniser le souscripteur des frais supplémentaires engagés pour recruter un collaborateur au même poste et sa mise à niveau afin d'éviter la cessation ou le ralentissement de l'activité du souscripteur.

3.9.5. Déclaration du sinistre

Sauf cas de force majeure, le sinistre doit être déclaré à l'assureur le plus rapidement possible, dans un délai maximum de **5 jours** à compter de l'arrêt de travail du collaborateur clé, en adressant les pièces justificatives nécessaires suivantes requises pour le règlement de l'indemnité :

- 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 lorsqu'elle est supérieure à 30 jours ;
- l'avis d'arrêt de travail initial ;
- l'avis de prolongation d'arrêt de travail ;

ainsi que toute autre pièce demandée par l'assureur permettant de constituer le dossier.

Les pièces médicales doivent être adressées, sous pli fermé, à l'attention du médecin-conseil de l'assureur.

3.10. Frais de recherche et de secours

L'assureur garantit le remboursement, sur justificatifs, des frais de recherche et de secours mis en œuvre par un organisme habilité pour venir au secours de l'assuré, ainsi que son transport jusqu'à l'hôpital le plus proche à concurrence d'un montant fixé aux Conditions particulières.

3.11. Frais de reconversion professionnelle

Si à la suite d'un accident, l'assuré est atteint d'une invalidité permanente ne lui permettant plus d'exercer ses activités professionnelles antérieures, et si aucun reclassement n'a pu être trouvé au sein de l'entreprise du souscripteur, l'assureur versera à l'assuré un capital réservé à la formation d'aide pour le retour à l'emploi dont le montant maximum est indiqué aux Conditions particulières.

Ce capital maximum sera versé à la victime assurée dans la limite de ses dépenses réelles sur présentation des factures d'un organisme officiel de formation d'aide pour le retour à l'emploi.

4. MODALITÉS DES GARANTIES

4.1. Dispositions particulières concernant le cumul d'indemnités

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 2 ans 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 3.1.1., le versement d'indemnités journalières s'arrête de plein droit, dès qu'il y a décès ou consolidation d'invalidité, dans la limite de 365 jours. Les indemnités versées au titre de cette garantie se cumulent avec le capital décès et/ou invalidité, ainsi que celles prévues pour les garanties complémentaires éventuellement souscrites et dont les montants sont fixés aux Conditions particulières.

4.2. Barème d'invalidité (cf. tableau)

Pour les membres ou organes déjà lésés, le taux de l'invalidité est déterminé déduction faite du taux d'invalidité antérieur.

Si l'assuré est gaucher et s'il en a fait la déclaration aux Conditions particulières du présent contrat, les taux prévus au barème ci-après pour les différentes invalidités du membre supérieur droit et du membre supérieur gauche seront intervertis. Le taux d'invalidité est fixé de manière définitive, sans révision possible et sans tenir compte de la profession.

Lorsque plusieurs infirmités résultent d'un même accident, on évalue d'abord l'infirmité principale, puis les infirmités secondaires successivement d'après la capacité restante après l'addition des précédentes (formule de Balthazar).

Quand les conséquences d'un accident sont aggravées par l'état constitutionnel de la victime, par le manque de soins, par un traitement empirique, par l'action d'une maladie ou d'une infirmité, l'invalidité est calculée en éliminant complètement les causes d'aggravation. Pour les cas d'invalidité non prévus au barème, les taux sont fixés par comparaison de leur gravité avec des cas énumérés dans le barème.

L'incapacité fonctionnelle absolue et définitive de tout ou partie d'un membre est assimilée à la perte totale, en sorte que les membres ou leurs parties dont on ne peut plus définitivement faire usage sont considérés comme perdus.

BARÈME SERVANT DE BASE À LA DÉTERMINATION DU DEGRÉ D'INVALIDITÉ	
I - INFIRMITÉ PERMANENTE TOTALE	
Cécité complète	100 %
Perte totale des 2 bras ou des 2 mains	100 %
Perte totale des 2 jambes ou des 2 pieds	100 %
Perte totale d'un bras et d'une jambe - d'un bras et d'un pied - d'une main et d'une jambe - d'une main et d'un pied	100 %
Quadruplégie, hémiparlégie ou paraplégie complète (grabataire)	100 %
Aliénation mentale totale et incurable excluant tout travail rémunérateur	100 %

II - INFIRMITÉ PERMANENTE PARTIELLE		
A - TÊTE		
Perte complète de la vision d'un œil (avec ou sans énucléation) ou réduction de la moitié de la fonction totale de chacun des yeux	25 %	
Perte de substance du crâne dans toute son épaisseur :		
a) surface d'au moins 12 cm carrés	50 %	
b) surface de 6 à 12 cm carrés	30 %	
c) surface de 3 à 6 cm carrés	16 %	
d) surface inférieure à 3 cm carrés	10 %	
Surdité incurable et absolue des 2 oreilles	40 %	
Surdité incurable et absolue d'une oreille	10 %	
Ablation du maxillaire inférieure :		
a) totale	35 %	
b) partielle (branche montante en totalité ou moitié du corps du maxillaire)	25 %	
Perte de toutes les dents supérieures et inférieures	10 %	
B - MEMBRES		
a) Membres supérieurs	Droit	Gauche
Amputation du bras ou de la main	60 %	50 %
Perte totale du mouvement de l'épaule	30 %	25 %
Perte totale du mouvement du coude	25 %	20 %
Perte totale du mouvement du poignet	20 %	15 %
Paralysie totale du membre supérieur	60 %	50 %
Paralysie complète du nerf circonflexe	20 %	15 %
Paralysie complète du nerf médian	40 %	30 %
Paralysie complète du nerf cubital au coude	20 %	15 %
Paralysie complète du nerf cubital au poignet	12 %	8 %
Paralysie complète du nerf radial, lésion au niveau de la gouttière de torsion	30 %	20 %
Paralysie complète du nerf radial de l'avant-bras	30 %	25 %
Fracture non consolidée du bras (pseudarthrose constituée)	30 %	25 %
Fracture non consolidée de l'avant-bras (pseudarthrose constituée) :		
a) des 2 os	25 %	20 %
b) d'un seul os	12 %	7 %
Amputation du pouce :		
a) totale	20 %	15 %
b) partielle (phalange unguéale)	5 %	20 %
Ankylose du pouce :		
a) totale	12 %	8 %
b) partielle (phalange unguéale)	5 %	3 %

CONDITIONS GÉNÉRALES - INDIVIDUELLE ACCIDENTS

Modalités des garanties

Amputation de l'index :		
a) totale	12 %	8 %
b) 2 phalanges	8 %	6 %
c) 1 phalange	3 %	2 %
Amputation totale du médus	8 %	6 %
Amputation totale de l'annulaire	6 %	4 %
Amputation totale de l'auriculaire	5 %	3 %
Amputation totale de ces 3 derniers doigts	25 %	20 %
Amputation totale de 2 de ces 3 derniers doigts	15 %	10 %
Amputation totale du pouce et de l'index	30 %	25 %
Amputation totale du pouce et d'un doigt (autre que l'index)	25 %	20 %
Amputation totale de l'index et d'un doigt (autre que le pouce)	20 %	15 %
b) Membres inférieurs		
Amputation de la cuisse :		
a) au tiers supérieur		60 %
b) aux 2 tiers inférieurs		50 %
Amputation de la jambe		40 %
Amputation du pied :		
a) totale (désarticulation tibio-tarsienne)		35 %
b) sous-astragalienn		30 %
c) médio-tarsienne		30 %
d) tarso-métatarsienne		25 %
Amputation de tous les orteils du pied		15 %
Amputation du gros orteil		7 %
Perte totale des 4 derniers orteils du pied		6 %
Amputation d'un orteil (autre que le gros orteil)		1 %
Perte totale des mouvements de la hanche :		
a) en mauvaise attitude (flexion-adduction ou adduction)		40 %
b) en rectitude		30 %
Perte totale des mouvements du genou (ankylose) :		
a) en flexion		40 %
b) dans la rectitude		20 %
Perte totale des mouvements de l'articulation tibio-tarsienne :		
a) en position favorable		10 %
b) en position défavorable		20 %

Fracture non consolidée de la cuisse ou des 2 os de la jambe (pseudarthrose constituée)	40 %
Fracture non consolidée d'un pied	20 %
Fracture non consolidée de la rotule	20 %
Raccourcissement d'un membre inférieur :	
a) d'au moins 8 cm	15 %
b) de 5 cm	9 %
c) de 3 cm	4 %
Paralysie totale du membre inférieur	55 %
Paralysie complète du sciatique poplité externe	25 %
Paralysie complète du sciatique poplité interne	15 %
C - TRONC	
Immobilisation d'un segment de la colonne vertébrale avec déviation prononcée et en position très gênante	30 %
Fracture de côte avec déformation thoracique persistante et troubles fonctionnels	10 %

4.3. Étendue géographique

Les garanties sont accordées dans le Monde entier, à l'exception des pays présentant des risques pour les ressortissants étrangers et identifiés comme tels par la cellule de veille du Ministère des Affaires étrangères, 24 h/24 h, vie privée et professionnelle, sauf accord contraire entre les parties mentionnées aux Conditions particulières.

Toutefois en dehors de la France ou de la Principauté de Monaco, la garantie ne s'exerce que pour des voyages ou séjours, dont la durée est inférieure à 90 jours consécutifs.

5. EXCLUSIONS GÉNÉRALES

SONT EXCLUES DE L'ASSURANCE LES CONSÉQUENCES :

- de maladie ;
- d'éthylisme, d'ivresse manifeste ou s'il est révélé qu'au moment d'un accident, l'assuré avait une alcoolémie égale ou supérieure à celle fixée par la réglementation française régissant la circulation automobile, sauf s'il apporte la preuve de l'absence de relation de cause à effet ;
Toutefois :
 - si l'accident survient dans un pays où la législation locale est plus restrictive que la réglementation française, l'alcoolémie maximale retenue sera celle fixée par la législation locale ;
 - à l'inverse, si l'alcoolémie fixée par la réglementation locale est supérieure à celle fixée par la législation française, l'alcoolémie maximale autorisée sera celle fixée par la réglementation française ;
- d'usage de drogues, stupéfiants ;
- d'usage sans prescription médicale de médicaments ou tranquillisants ne pouvant être délivrés qu'avec prescription médicale ;
- de suicide ou de tentative de suicide survenant au cours de la première année suivant la date d'entrée en garantie de l'assuré ;
- de guerre civile ou étrangère, d'insurrection, d'émeutes ou mouvements populaires, ainsi que des opérations de maintien de l'ordre dans le cadre de résolutions de l'ONU ou autre institution similaire, ainsi que les opérations de maintien de la paix ;
- d'un accident subi à l'occasion d'un déplacement ou séjour dans une des régions ou un des pays déconseillés par le Ministère français des Affaires étrangères. Pour les personnes déjà présentes dans cette zone à la date de l'inscription de cette zone sur les listes du ministère des affaires étrangères, l'exclusion ne s'applique qu'à compter du 14^e jour suivant cette inscription ;
- de la participation active de l'assuré à des émeutes, mouvements populaires, actes de sabotage, crimes ou délits intentionnels, rixes, sauf en cas de légitime défense, attentat, acte de terrorisme ;
- d'accidents survenus avant la date d'entrée en garantie de l'assuré ;
- d'un fait intentionnel de l'assuré, du bénéficiaire ou du souscripteur ;
- d'un traitement esthétique et/ou d'opération de chirurgie esthétique non consécutif à un accident garanti ainsi que leurs suites et conséquences ;
- d'un accident résultant :
 - de la conduite d'un véhicule si l'assuré n'est pas titulaire d'un permis réglementaire imposé par la législation locale,
 - de tout combustible nucléaire, produit ou déchet radioactif,
 - de tout engin destiné à irradier ou à exploser par modification du noyau de l'atome, ainsi que de leur décontamination,
 - de l'action directe ou indirecte de tout agent biologique ;
- d'un accident résultant de la navigation aérienne, sauf en qualité de passager sur un avion de ligne commerciale régulière ou à bord d'un appareil muni d'un certificat valable de navigabilité et dont le pilote possède un brevet et une licence réglementaire ;
- De la pratique des activités suivantes :
 - acrobaties aériennes,
 - parachutisme, ULM, deltaplane, parapente ou engins similaires,
 - essais, entraînements ou participation à des épreuves ou compétitions comportant l'utilisation de véhicules ou embarcations à moteur,
 - sports en compétition,
 - sports professionnels,
 - raids sportifs,
 - tentatives de records, paris de toute nature ;

- de cure de toute nature ;
 - de la négligence, du défaut de soins ou de l'usage de soins empiriques sans contrôle médical (sauf cas de force majeure). Les garanties sont alors versées en fonction des conséquences que l'accident aurait eues sur une personne soignée dans les règles de l'art ;
 - d'affections neurologiques, psychiatriques ou psychologiques.
- Sont également exclus 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.

6. DISPOSITIONS RELATIVES AU CONTRAT

6.1. Prise d'effet - Durée des garanties et du contrat

6.1.1. Prise d'effet des garanties

Le présent contrat prend effet à la date et pour une durée mentionnées aux Conditions particulières.

Il entre en vigueur par consentement mutuel entre les parties.

La prise d'effet est entérinée par la signature des Conditions particulières par l'assureur et le souscripteur et du paiement de la première cotisation.

6.1.2. Durée et renouvellement des garanties

Le contrat se renouvelle par tacite reconduction à chaque échéance annuelle, sauf dénonciation du souscripteur ou de l'assureur par lettre recommandée moyennant un préavis de 2 mois au moins avant l'expiration de l'année d'assurance en cours (article L 113-12 du Code des assurances) et sauf disposition contraire aux Conditions particulières. La date du cachet de la poste détermine la conformité de l'envoi au préavis défini ci-avant.

6.1.3. Obligations de l'assuré et/ou du souscripteur en cours de contrat

À la souscription du contrat

L'assuré et/ou le souscripteur doit déclarer exactement, sous peine des sanctions prévues aux articles L 113-8 (nullité du contrat) et L 113-9 (réduction des indemnités) du Code des assurances, toutes les circonstances connues de lui et qui sont de nature à faire apprécier par l'assureur les risques qu'il doit prendre en charge.

En cours de contrat

L'assuré et/ou le souscripteur doit aviser l'assureur :

- de tout changement de profession, de spécialisation, ou d'aggravation de ses risques professionnels ;
- des infirmités dont il viendrait à être atteint, ainsi que de cécité, d'aliénation mentale, de paralysie totale d'un membre, d'épilepsie.

Il doit faire les déclarations prévues ci-dessus préalablement à la modification si celle-ci résulte de son fait et, dans les autres cas, dans un délai de 15 jours à partir du moment où il en a eu connaissance.

Lorsque ces modifications constituent une aggravation telle que, si le nouvel état de choses avait existé lors de la souscription du contrat, l'assureur n'aurait pas contracté ou ne l'aurait fait que moyennant une prime plus élevée, la déclaration doit en être faite à l'assureur sous peine des sanctions prévues aux articles L 113-8 et L 113-9 du Code des assurances.

Dans les conditions fixées par l'article L 113-4 du Code des assurances, l'assureur peut soit résilier le contrat moyennant préavis de 10 jours, soit lui proposer un nouveau taux de prime.

Si l'assuré et/ou le souscripteur n'accepte pas ce nouveau taux, l'assureur peut résilier le contrat moyennant préavis de 10 jours.

Lorsque l'aggravation est du fait de l'assuré et/ou du souscripteur, il pourra être réclamé par l'assureur, une indemnité devant les Tribunaux.

6.1.4. 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 75^e anniversaire, pour la garantie décès,
- son 67^e anniversaire pour toutes les autres garanties.

6.2. Résiliation du contrat

Avant sa date d'échéance, il peut être résilié dans les seuls cas suivants :

Par le souscripteur

- Si l'assureur résilie après sinistre un autre de ses contrats (art. R 113-10 du Code des assurances).

Par l'assureur

- Si le souscripteur ne paye pas intégralement et selon les modalités prévues la cotisation.
- Si le souscripteur et/ou l'assuré déclare une aggravation du risque (art. L 113-4 du Code des assurances).
- S'il y a omission ou inexactitude dans les déclarations du souscripteur et/ou de l'assuré, constatée avant réalisation d'un dommage (art. L 113-9 du Code des assurances).
- Après sinistre.

De plein droit

- En cas de retrait d'agrément de l'assureur (art. L 326-12 du Code des assurances).

Par l'une des 2 parties en cas de survenance de l'un des événements suivants :

- changement de profession ou de situation matrimoniale ;
- retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle.

Lorsque le souscripteur est une société

- Le contrat peut être résilié par l'**administrateur judiciaire** en cas d'ouverture d'une procédure de sauvegarde ou de redressement judiciaire ou par le **liquidateur judiciaire** en cas d'ouverture d'une procédure de liquidation judiciaire (art. L 622-13 du Code du commerce).

Dans tous les cas, ceci ne dégagera pas pour autant le souscripteur du règlement intégral de la cotisation prévue en cas de résiliation suite à non-paiement ou du règlement au prorata temporis dans tous les autres cas.

6.3. Droit aux prestations en cas de résiliation ou d'expiration du contrat

Les prestations cessent d'être dues à la date de prise d'effet de la résiliation lorsque le contrat fait l'objet d'une résiliation :

- par l'assureur pour l'un des motifs suivants: non-paiement des cotisations, omission ou inexactitude dans les déclarations du risque à la souscription ou en cours de contrat ;
- de plein droit en cas de retrait de l'agrément de l'assureur.

Lorsque le contrat fait l'objet d'une résiliation pour un motif autre que ceux indiqués ci-dessus, les prestations sont dues jusqu'à la fin du traitement médical et au plus tard jusqu'à la consolidation.

6.4. Cotisations

6.4.1. Calcul de la cotisation

Les cotisations sont calculées selon l'une des modalités ci-après, précisée aux Conditions particulières.

Cotisation forfaitaire

La cotisation est payable d'avance ; son montant est fixé aux Conditions particulières.

Cotisation ajustable

Le souscripteur doit, à la souscription, verser la cotisation provisionnelle fixée aux Conditions particulières et, à chaque échéance principale, une cotisation provisionnelle égale à la dernière cotisation nette annuelle définitive connue avant cette échéance, laquelle ne peut être inférieure à la cotisation annuelle minimale irréductible prévue aux Conditions particulières.

La cotisation annuelle définitive sera calculée à la fin de l'année d'assurance en appliquant le taux de cotisation fixé aux Conditions particulières aux éléments variables retenus comme base de calcul et déclarés par le souscripteur pour l'année d'assurance écoulée. Elle ne peut en aucun cas être inférieure à la cotisation annuelle minimale irréductible prévue aux Conditions particulières.

Si la cotisation annuelle définitive est supérieure à la cotisation provisionnelle perçue pour la même période, une cotisation complémentaire égale à la différence est due par le souscripteur.

Si la cotisation annuelle définitive est inférieure à la cotisation provisionnelle perçue pour la même période, la différence est remboursée au souscripteur.

Les éléments variables retenus pour le calcul de la cotisation sont indiqués aux Conditions particulières.

6.4.2. Déclaration des éléments variables

Modalités de la déclaration

Lorsque la cotisation est calculée suivant la formule « Cotisation ajustable » visée au paragraphe 6.4.1., le souscripteur doit, sous peine des sanctions prévues ci-après :

- 1°) adresser à l'assureur, dans les 30 jours suivant la date d'échéance du contrat, les éléments prévus au contrat servant au calcul de la cotisation, et à payer la cotisation complémentaire en découlant, s'il y a lieu, sur simple réclamation de l'assureur,
- 2°) mettre à la disposition des représentants de l'assureur, sur simple demande de leur part, pendant la durée du contrat et les 2 années suivants son expiration, toutes pièces justificatives qu'ils jugeraient utile de consulter sans que l'émission et le paiement de quittance comportent décharge de cette obligation.

Conséquences et sanctions en cas de déclaration erronée ou en cas d'absence de déclaration

En cas d'erreur dans les déclarations servant de base au calcul de la cotisation, l'assureur se réserve le droit de faire application des sanctions prévues par les articles L 113-8 et L 113-9 du Code des assurances.

En cas d'absence de déclaration des éléments nécessaires à la détermination de la cotisation de révision dans les délais prévus, il en sera de même.

Lorsque les erreurs ou omissions auront, par leur nature, leur importance ou leur répétition, un caractère frauduleux, l'assureur sera en droit de répéter les sinistres payés et ce, indépendamment du paiement de l'indemnité ci-dessus prévue.

6.4.3. Paiement des cotisations

La cotisation annuelle ou, dans le cas de fractionnement de celle-ci, les fractions et les accessoires de cotisation ainsi que les impôts et taxes sur les contrats d'assurance, sont payables au siège de l'assureur ou au domicile du mandataire éventuellement désigné par lui à cet effet. Les dates de ce paiement sont celles indiquées aux Conditions particulières.

À défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction ou d'un élément de cotisation dans les 10 jours de son échéance, l'assureur, indépendamment de son droit de poursuivre l'exécution du contrat en justice peut, par lettre recommandée, valant mise en demeure, adressée au souscripteur ou à la personne chargée du paiement des cotisations, à leur dernier domicile connu, suspendre la garantie 30 jours après l'envoi de cette lettre.

L'Assureur a le droit de résilier le contrat 10 jours après l'expiration du délai de 30 jours visé ci-dessus, par notification faite au souscripteur, soit dans la lettre recommandée de mise en demeure, soit par une nouvelle lettre recommandée.

Il est précisé que lorsque l'assuré est admis à payer ses cotisations par fractions :

- cette faculté n'implique pas dérogation aux Conditions générales et, qu'en conséquence, tout retard dans le paiement d'une des fractions ou la résiliation anticipée du contrat entraînerait de plein droit l'exigibilité immédiate du total de la cotisation ;
- les échéances non émises seront immédiatement mises en recouvrement en cas de déclaration de sinistre.

6.4.4. Révision des tarifs

Si l'Assureur vient à modifier les tarifs applicables aux risques garantis par le présent contrat, la cotisation et le taux de cotisation lorsque celle-ci est révisable sur la base d'éléments variables définis aux Conditions particulières, sont modifiés dans la même proportion à la 1^{re} échéance annuelle qui suit cette modification.

L'avis d'échéance portera mention de la nouvelle cotisation.

Dans le cas de majoration de la cotisation, le souscripteur aura le droit de résilier le contrat dans les formes prévues à l'article « Résiliation du contrat » dans les 15 jours suivant celui où il aura connaissance de la majoration.

Cette résiliation prendra effet 1 mois après sa notification et l'assuré sera alors redevable d'une fraction de cotisation calculée sur les bases de la cotisation précédente, au prorata du temps écoulé entre la date de la dernière échéance et la date d'effet de la résiliation. **À défaut de résiliation dans le délai ci-dessus, la nouvelle cotisation est considérée comme acceptée par le souscripteur.**

6.4.5. En cas de non-règlement des cotisations (art. L 113-3 du Code des assurances)

Si la cotisation n'est pas payée, l'Assureur peut adresser au souscripteur, à son dernier domicile connu, une lettre de mise en demeure ; les garanties sont suspendues 30 jours après l'envoi de cette lettre.

L'Assureur a le droit de résilier le contrat 10 jours après l'expiration du délai de 30 jours précité et de réclamer la totalité de la cotisation échue.

Pour éviter la résiliation du contrat, le règlement complet de la cotisation doit parvenir à l'Assureur avant l'expiration du délai de 40 jours.

6.5. 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.

6.6. 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 3^e médecin ; les 3 médecins opèrent alors en commun et à la majorité des voix.

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 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 3^e éventualité, la nomination a lieu sur simple requête de la partie la plus diligente, faite au plus tôt 15 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 3^e 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 3^e médecin et les frais de sa nomination.

6.7. Subrogation

Après le paiement des sommes assurées en cas de décès, d'invalidité permanente ou d'incapacité temporaire aucun recours n'est possible contre le responsable du sinistre, conformément à l'article L 131 2 du Code des assurances.

Il en va de même pour les autres garanties souscrites, à l'exception de la garantie des frais de traitement, pour laquelle, 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.

6.8. Coassurance

Lorsque le contrat est souscrit en coassurance, chaque assureur membre de la coassurance, y compris la société apéritrice, garantit l'assuré dans la limite de sa participation indiquée aux Conditions particulières.

Les sociétés coassureurs délèguent à l'apériteur tous pouvoirs pour les représenter, percevoir toutes cotisations et en donner quittance, prendre toutes mesures, opérer tout règlement sans que l'apériteur puisse encourir une responsabilité quelconque vis-à-vis d'elles du fait de ses attributions.

Au cas où l'apériteur cesserait pour un motif quelconque d'exercer cette fonction, l'assuré s'engage à faire choix d'une autre société et à en donner avis aux sociétés coassureurs intéressées.

Toutes les déclarations que l'assuré est tenu de faire à la souscription, en cours de contrat et notamment en cas de sinistre doivent être adressées à l'apériteur. Dans tous les cas où un droit de résiliation lui est ouvert, l'assuré peut l'exercer soit par lettre recommandée, soit par une déclaration faite contre récépissé, soit par acte extra-judiciaire :

- a) pour la totalité du contrat, en notifiant la résiliation à l'apériteur. Cette résiliation est alors valable pour tous les coassureurs ;
- b) pour la part de l'apériteur ou d'autres coassureurs en leur notifiant individuellement sa décision et en précisant qu'elle concerne uniquement leur part.

Dans tous les cas où le droit de résiliation est ouvert aux coassureurs la résiliation doit être notifiée à l'assuré par lettre recommandée adressée à son dernier domicile connu :

- a) pour l'apériteur, au nom de tous les coassureurs pour la totalité du contrat ;
- b) pour chaque coassureur, pour sa participation personnelle dans le contrat, laquelle prendra alors fin.

6.9. Prescription

Conformément aux dispositions prévues par l'article L 114-1 du Code des assurances, toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

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

- 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 10 ans dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

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 constituées par :

- toute demande en justice, même en référé, ou même portée devant une juridiction incompétente ;

- tout acte d'exécution forcée, ou toute mesure conservatoire prise en application du Code des Procédures civiles d'exécution ;

- toute reconnaissance par l'assureur du droit à garantie de l'assuré, ou toute reconnaissance de dette de l'assuré envers l'assureur.

Elle est également interrompue par :

- la désignation d'experts à la suite d'un sinistre ;

- 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,

- l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Conformément à l'article L 114-3 du Code des assurances, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

6.10. Réclamations

Indépendamment du droit de l'assuré d'engager une action en justice, si, après avoir contacté son interlocuteur habituel ou son Service Clients par téléphone ou par courrier, une incompréhension subsiste, l'assuré peut faire appel au Service Relation Clientèle en écrivant à l'adresse suivante :

AXA France - Direction Relations Clientèle - TSA 46307 - 95901 Cergy-Pontoise Cedex 9

La situation de l'assuré sera étudiée avec le plus grand soin.

Les délais de traitement de sa réclamation sont les suivants : un accusé de réception lui sera adressé dans un délai de 10 jours et il recevra une réponse dans un délai de 60 jours (sauf survenance de circonstances particulières induisant un délai de traitement plus long, ce dont l'assureur l'informerait).

Si aucune solution n'a été trouvée, l'assuré pourra ensuite faire appel au Médiateur, personnalité indépendante, en s'adressant à l'association La Médiation de l'Assurance à l'adresse suivante :

Par mail : <http://www.mediation-assurance.org>

Par courrier : La Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09

Ce recours est gratuit.

Le Médiateur formulera un avis dans les 90 jours à réception du dossier complet. Son avis ne s'impose pas et laissera à l'assuré toute liberté pour saisir éventuellement le Tribunal français compétent.

6.11. Autres dispositions

Toutes prestations dues au titre du présent contrat sont payables en France métropolitaine et en euros.

7. DÉFINITIONS

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 ;
- 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.

Assuré

La personne sur la tête de laquelle repose le risque, dont l'identité est indiquée aux Conditions particulières.

Agression

Tout acte de violence ou sa menace (agression, meurtre, tentative de meurtre, prise d'otage, violence ou voie de fait) commis par des auteurs identifiés ou non sur la personne de l'assuré.

Assureur

La société auprès de laquelle le contrat a été souscrit.

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.

Code

Le Code des assurances français.

Collaborateur clé

Les préposés du souscripteur exerçant un rôle clé dans la gestion des projets et la relation commerciale avec les clients. Sont visés les préposés en charge de la négociation des contrats commerciaux et de leur suivi, et dont les noms figurent aux Conditions particulières du présent contrat.

Coma

État caractérisé par la perte des fonctions de relation (conscience, mobilité, sensibilité) avec conservation de la vie végétative (respiration, circulation) déclaré par une Autorité médicale habilitée à exercer ses fonctions en France.

Conjoint

Par conjoint on entend : marié, pacsé ou concubin notoire. Dans ce dernier cas, il appartiendra au bénéficiaire de prouver l'existence simultanée des critères de stabilité, de continuité et de notoriété de la relation de concubinage notoire.

Disparition

Personne disparue dans des circonstances de nature à mettre sa vie en danger et dont le décès est certain, alors que le corps n'a pu être retrouvé. Le statut de disparu est conféré par le Tribunal compétent. L'ordonnance rendue par ce dernier équivaut à un acte de décès.

Enfant à charge

Les enfants légitimes, naturels ou adoptés, non mariés âgés de moins de 18 ans s'ils sont à la charge fiscale de leurs parents. Les enfants de moins de 25 ans effectuant des études et à charge fiscalement seront considérés comme à la charge de leurs parents.

Frais de communication

Tous les frais résultant d'un événement garanti nécessitant la mise en place d'une communication à caractère urgent et dont l'objet est directement lié à cet événement, à condition que :

- le sinistre ait causé des victimes (décès ou invalidité) parmi les assurés ;
- la mise en place de la campagne de communication survienne dans un délai de 15 jours après le sinistre.

Frais de traitement

Frais médicaux, pharmaceutiques, chirurgicaux et d'hospitalisation engagés sur prescriptions médicales.

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.

Guerre

Toute activité survenant de l'utilisation ou de la tentative d'utilisation d'une force armée entre nations incluant la guerre civile, la révolution, l'invasion. La guerre ne comprend pas les actes de terrorisme ou d'attentat.

Hold up

Toute menace et/ou attaque menée, avec ou sans arme, par une ou plusieurs personnes dans le but de s'emparer des biens du souscripteur ou des biens des assurés et de toute personne présente dans les locaux du souscripteur.

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.

Incapacité temporaire totale de travail suite à accident

État de santé médicalement constaté, obligeant l'assuré à arrêter totalement et temporairement, l'exercice de ses activités professionnelles suite à un accident survenu pendant la période de validité du contrat.

Invalidité permanente totale ou partielle à la suite d'accident

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

Invalidité absolue et définitive

L'assuré est considéré en état d'invalidité absolue et définitive lorsque :

- pendant la période de garantie, il est atteint d'une invalidité physique ou mentale le rendant absolument incapable d'exercer une profession quelconque ou une activité rémunératrice et, en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie (Code de la sécurité sociale) ;
- son état ayant un caractère définitif, n'est susceptible d'aucune amélioration.

Les assurés classés en 3^e catégorie d'invalidité par la Sécurité sociale sont considérés en état d'invalidité absolue et définitive.

Maladie

Toute altération de la santé de l'assuré constatée par une Autorité médicale compétente.

Sinistre

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

Souscripteur

La personne physique ou morale dénommée aux Conditions particulières, qui signe le contrat et s'engage à acquitter les cotisations émises aux périodes définies.

Terrorisme/attentat

Acte qui :

- est commis pour des raisons politiques, religieuses, idéologiques ou similaires, impliquant l'usage de la violence, ou l'usage illicite de la force, ou un acte illicite qui met en danger la vie humaine ou les biens matériels,
- est commis par toute personne ou groupe de personnes agissant seules ou pour le compte de toute organisation ou tout gouvernement (de droit ou de fait), ou en relation avec lesdits gouvernements ou organisations.

Et qui est destiné à :

- intimider, contraindre ou terroriser une population civile,
- perturber tout segment de l'économie d'un gouvernement, état ou pays,
- renverser, influencer ou affecter la conduite de tout gouvernement (de droit ou de fait) par l'intimidation ou la contrainte,
- affecter la conduite d'un gouvernement par la destruction de masse, l'assassinat, le kidnapping ou la prise d'otage.

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.

Votre interlocuteur AXA



Votre Espace Client

Retrouvez l'ensemble de vos services en ligne
sur votre **Espace Client IARD Entreprise** via [axa.fr](https://www.axa.fr)

AXA vous répond sur :

