

NOTICE D'INFORMATION DU CONTRAT COLLECTIF «INDIVIDUELLE ACCIDENT»

Police XFR0055504LI/RC1F90142

Souscrit par la Fédération Française d'Études et de Sports Sous-Marins
24 quai de Rive Neuve - 13007 MARSEILLE

Auprès d'Axa Corporate Solutions
4, rue Jules Lefebvre – 75426 PARIS cedex 09

Ci-après dénommé l'Assureur

Société Anonyme de droit français, régie par le code des Assurances au capital de 190 069 080 €
399227354 RCS Paris TVA intracommunautaire n° FR 85 399 227 354
Opérations d'assurance et de réassurance exonérées de TVA – art 261-C cg

Par l'intermédiaire de LAFONT ASSURANCE S.A.S.
Z.A.M. du Moulinas – 2, rue du Moulinas – 66330 CABESTANY,
Ci-après dénommé le Courtier (Immatriculation Orias 12 068 741)

La présente notice d'information établie conformément à l'article L141.4 du Code des Assurances, a pour objet de préciser les conditions de garantie du contrat référencé contre les risques définis ci-après constitué des Conditions Particulières et Conditions Générales Assurance.

DÉFINITIONS

Société

La Société d'Assurance désignée aux Conditions Particulières

Souscripteur

La Fédération souscriptrice représentée par son Président.

Sinistre

Toutes les conséquences dommageables d'un même évènement susceptible d'engager l'une des garanties conformément aux dispositions du contrat.

Accident

L'atteinte corporelle non intentionnelle provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure.

Dommage corporel

Une atteinte corporelle subie par une personne physique.

Dommage matériel

La détérioration ou destruction d'une chose ou substance, une atteinte physique à des animaux.

Dommage immatériel

Tout préjudice pécuniaire qu'entraîne directement la survenance de dommages matériels garantis et qui résulte de la privation de jouissance d'un droit, de l'interruption d'un service rendu par un bien meuble ou immeuble ou de la perte d'un bénéfice.

Tiers

Toute personne autre que l'assuré responsable du sinistre.

Assuré

Dans le cadre de la pratique de tous les sports et activités tels que figurant dans les statuts et règlement intérieur de la FFESSM ou reconnus par le CDN :

- Les titulaires d'une licence FFESSM, annuelle ou temporaire ayant adhéré volontairement au contrat d'assurance collectif Individuelle Accident.
- Les pratiquants des activités assurées pratiquées sous l'encadrement d'un moniteur professionnel brevet d'état ayant adhéré volontairement au contrat d'assurance collectif Individuelle Accident.

Frais de traitement

Les frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation, les frais afférents aux appareils d'orthopédie et de prothèses (frais de premier appareillage seulement), engagés sur prescription médicale, les frais de transport du lieu de l'accident à l'établissement hospitalier le plus proche.

Conjoint

Par conjoint il faut entendre l'épouse ou le mari non divorcé ni séparé de corps, le concubin notoire ou lié à l'Assuré par le régime du Pacte Civil de Solidarité (PACS), ou la personne pouvant prouver une cohabitation minimale de un an précédant l'évènement garanti, d'une stabilité de la relation, continuité de la relation, connaissance qu'en ont les tiers (apparence de vie maritale).

Consolidation

Date à partir de laquelle l'état de l'Assuré accidenté est considéré comme stabilisé du point de vue médical alors qu'il existe ou non des séquelles permanentes.

Déchéance

Privation du droit aux sommes prévues dans le contrat par suite du non-respect par l'Assuré de certaines obligations qui lui sont imposées.

Domicile

Le lieu de résidence principale et habituelle de l'Assuré. L'adresse fiscale est considérée comme le Domicile en cas de litige.

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 également considérés comme à la charge de leurs parents.

Hospitalisation/Hospitalisé

Suite à un accident ou une maladie, le fait de recevoir des soins dans un établissement hospitalier nécessitant un séjour minimal de 24 heures consécutives ou d'une nuit.

Est considéré comme établissement hospitalier un hôpital ou une clinique habilité à pratiquer des actes et des traitements auprès des personnes malades ou accidentées, possédant les autorisations administratives locales autorisant ces pratiques ainsi que le personnel nécessaire.

Sinistre

La réalisation d'un évènement prévu au contrat. Constitue un seul et même Sinistre, l'ensemble des réclamations se rattachant à un même évènement.

CHAMPS D'APPLICATION DES GARANTIES

Les garanties du contrat sont acquises aux Assurés dans le monde entier et dans le cadre de la pratique des activités figurant dans les statuts et règlement intérieur ou reconnues par le Comité Directeur National de la Fédération Française d'Études et de Sports Sous-Marins notamment :

- La participation sous le contrôle ou la surveillance de la FFESSM, de compétitions, séances d'entraînement, passages de brevets, réunions et manifestations diverses (telles que démonstrations, journées dites «portes ouvertes», de promotion, d'initiation avec accueil de participants non licenciés, baptêmes, "Pack découverte" et / ou tout autre produit d'initiation ou promotion validé par le CDN).
- Plongées à but culturel, recherches archéologiques, exploratoires, sans objectifs lucratifs; dans les mines ou carrières désaffectées (avec renonciation à recours contre les propriétaires des sites, de la part de l'Assureur) ; sur réquisition, pour des opérations de renflouement, de repêchage d'épaves, de réparation d'installations de parcs à moules ou à huîtres, de stations d'aquaculture ou de biologie subaquatique.
- L'utilisation de compresseurs, bouteilles de plongée air, oxygène ou mélange (avec contrôle de celles-ci par un membre assuré qualifié) ; de scooters sous-marins et de cibles servant au tir subaquatique.
- L'utilisation d'embarcations à rames, voile ou moteur mises à la disposition de l'Assuré.
- La pratique de la plongée aux mélanges autorisés par la réglementation ou l'utilisation d'oxygène pur.
- Activités mentionnées ci-dessus et pratiquées en dehors du contrôle et de la surveillance des susdits organismes

Il est précisé que les énumérations qui précèdent n'ont pas de valeur limitative, mais simplement indicative, l'assuré souscripteur n'étant tenu à déclaration que pour les activités qui constitueraient une aggravation du risque.

Les garanties sont également acquises lors des trajets aller/retour pour se rendre sur les lieux des entraînements et manifestations précitées.

ÉTENDUE TERRITORIALE

La garantie est acquise à l'Assuré dans le monde entier.

LES GARANTIES INDIVIDUELLE ACCIDENT

INDEMNITÉS CONTRACTUELLES

Le paiement d'indemnités pécuniaires par suite d'accidents subis par l'Assuré défini au chapitre « définitions » ci-dessus en cas :

- De décès ou de disparition judiciairement constatée.
- D'incapacité permanente.
- Remboursement complémentaire des frais de traitement.
- Remboursement des frais de recherche et de sauvetage.
- Indemnités journalières.

Attention : ne sont pas garanties les conséquences d'infirmités existant avant la date de souscription du contrat.

EN CAS DE DÉCÈS CONSÉCUTIF À UN ACCIDENT

Si l'Assuré décède des suites d'un accident dans les 18 mois qui suivent la date de cet accident, la Société verse à son conjoint, à défaut à ses ayants-droits, le capital prévu selon la formule de garantie souscrite.

Si dans les mêmes 18 mois, la Société lui a déjà versé au titre du même accident un capital pour l'invalidité permanente, la Société ne verse au conjoint, enfants ou héritiers, au titre du décès, que la différence éventuelle entre le capital prévu en cas de décès et le capital déjà versé pour l'invalidité.

EN CAS D'INVALIDITÉ PERMANENTE APRÈS ACCIDENT

Si, à la suite d'un accident, l'Assuré est atteint d'une invalidité permanente, la Société lui verse une indemnité dont le montant est obtenu en multipliant le capital indiqué ci-après, par le taux d'invalidité.

Le taux d'invalidité permanente doit être établi en France, au plus tard dans les dix huit mois qui suivent la date de l'accident, ce délai pouvant être prolongé en cas de nécessité médicale.

FRAIS DE TRAITEMENT PAR SUITE D'UN ACCIDENT GARANTI

La Société rembourse, dans les conditions définies ci-après, et sur remise des pièces justificatives, les frais de traitement que l'assuré expose à la suite d'un accident garanti.

Le montant des dépenses que la Société prend en charge ne peut dépasser le montant des débours réels (définitivement arrêté au jour de la consolidation en cas d'invalidité permanente) restant à la charge de l'Assuré, en complément et après épuisement des prestations de même nature pouvant être servies par des régimes de protection sociale obligatoires ou facultatifs.

FRAIS DE RECHERCHE ET DE SAUVETAGE

La Société garantit à l'Assuré, accidenté ou égaré, les frais de recherche et de sauvetage supportés par des organismes publics ou privés pour le retrouver dans un lieu ne disposant pas de moyens de secours autres que ceux apportés par ces organismes.

FRAIS D'ÉVACUATION SANITAIRE

La Société garantit à l'Assuré ne pouvant bénéficier des garanties d'assistance, c'est-à-dire aux membres ayant souscrits la formule « PISCINE » exclusivement, le remboursement des frais d'évacuation sanitaire au moyen de tous engins aériens et terrestres qu'il aura dû exposer à la suite d'un accident garanti.

Attention :

Les garanties Indemnités Contractuelles ne peuvent se cumuler avec les indemnités versées à l'Assuré au titre de la garantie Responsabilité Civile.

Elles cessent le dernier jour de l'année d'assurance en cours.

Les sommes que la Société rembourse pour un même accident au titre des garanties frais de traitement, frais de recherche et de sauvetage et frais d'évacuation sanitaire ne peuvent être supérieures à celles mentionnées dans la formule choisie.

FRAIS D'INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL PAR SUITE D'ACCIDENT GARANTI

Si, du fait d'un accident, l'assuré est obligé d'interrompre totalement son activité professionnelle ou, ne peut plus s'occuper de la gestion de ses affaires, la société lui verse l'indemnité journalière dont le montant est prévu selon la formule choisie.

Le premier jour de la période d'incapacité est le jour de l'accident.

Attention :

Cette indemnité n'est acquise à l'assuré que sous déduction de la franchise, exprimée en nombre de jours, mentionnée dans la formule choisie.

De plus, si l'interruption totale d'activité professionnelle est due à un tour de rein, un lumbago, une sciatique, une déchirure musculaire, une hernie, cette indemnité ne peut être versée avant le 468^{ème} jour qui suit l'interruption d'activité.

En outre, la société cesse de verser à l'assuré l'indemnité journalière dès que celui-ci est en mesure de reprendre son activité professionnelle et au plus tard au 365^{ème} jour d'incapacité totale.

Si moins de deux mois après avoir repris son activité, l'assuré doit à nouveau l'interrompre pour le même accident, le paiement de l'indemnité journalière est immédiatement repris, sans aucune période de franchise. Il se poursuit jusqu'à la guérison ou la consolidation mais au plus tard jusqu'à ce que le nombre total des journées d'incapacité de travail, pour le même accident, atteigne 365 jours pour l'ensemble des périodes d'arrêt.

MONTANT DES GARANTIES

Le montant de garantie acquis à l'Assuré sont ceux mentionnés dans le tableau qui suit, selon la catégorie pour laquelle il a choisi d'adhérer volontairement. Par ailleurs, il est formellement stipulé que le cumul des sommes versées à l'ensemble des Assurés ne peut, à l'occasion d'un même sinistre excéder 5 000 000 €.

FORMULE LOISIR 1

GARANTIES	MONTANT	
	Pays de domiciliation	Monde entier (hors pays de domiciliation)
Frais de recherche et de sauvetage (e)		1 738 €
Frais de caisson hyperbare	39 345 €	39 345 € (a)
Garantie pour frais d'hospitalisation et de traitement sur prescription médicale dont : Frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques, frais de traitement, d'ambulance sur place (e)	7 869 €	
Soins dentaires urgents	Inclus	141 € (b)
Hospitalisation	Si hospitalisation supérieure à 10 jours consécutifs, mise à disposition d'un billet aller/retour avion ou train pour un proche parent et prise en charge des frais d'hébergement pendant 10 nuits. Garantie jusqu'à 52,28 € TTC par nuit.	
Capital en cas d'invalidité permanente	11 241 €	
Capital en cas de décès ou disparition judiciairement constatée	7 869 €	

FORMULE LOISIR 2

GARANTIES	MONTANT	
	Pays de domiciliation	Monde entier (hors pays de domiciliation)
Frais de recherche et de sauvetage (e)		3 850 €
Frais de caisson hyperbare	39 345 €	39 345 € (a)
Garantie pour frais d'hospitalisation et de traitement sur prescription médicale dont : Frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques, frais de traitement, d'ambulance sur place (e)	27 541 €	
Soins dentaires urgents	Inclus	141 € (b)
Hospitalisation	Si hospitalisation supérieure à 10 jours consécutifs, mise à disposition d'un billet aller/retour avion ou train pour un proche parent et prise en charge des frais d'hébergement pendant 10 nuits. Garantie jusqu'à 52,28 € TTC par nuit.	
Capital en cas d'invalidité permanente	39 345 €	
Capital en cas de décès ou disparition judiciairement constatée	23 606 €	

FORMULE LOISIR 3

GARANTIES	MONTANT	
	Pays de domiciliation	Monde entier (hors pays de domiciliation)
Frais de recherche et de sauvetage (e)	6 745 €	
Frais de caisson hyperbare	39 345 €	300 000 € (a)
Garantie pour frais d'hospitalisation et de traitement sur prescription médicale dont : Frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques, frais de traitement, d'ambulance sur place (e)	31 473 €	
Soins dentaires urgents	Inclus	141 € (b)
Hospitalisation	Si hospitalisation supérieure à 10 jours consécutifs, mise à disposition d'un billet aller/retour avion ou train pour un proche parent et prise en charge des frais d'hébergement pendant 10 nuits. Garantie jusqu'à 52,28 € TTC par nuit.	
Capital en cas d'invalidité permanente	89 929 €	
Capital en cas de décès ou disparition judiciairement constatée	44 965 €	

FORMULE PISCINE

GARANTIES	MONTANT	
	Pays de domiciliation	Monde entier (hors pays de domiciliation)
Frais de recherche et de sauvetage (e)	NÉANT	
Frais de caisson hyperbare	39 345 €	39 345 € (a)
Garantie pour frais d'hospitalisation et de traitement sur prescription médicale dont : Frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques, frais de traitement, d'ambulance sur place (e)	7 869 €	
Soins dentaires urgents	Inclus	141 € (b)
Hospitalisation	Si hospitalisation supérieure à 10 jours consécutifs, mise à disposition d'un billet aller/retour avion ou train pour un proche parent et prise en charge des frais d'hébergement pendant 10 nuits. Garantie jusqu'à 52,28 € TTC par nuit.	
Capital en cas d'invalidité permanente	11 241 €	
Capital en cas de décès ou disparition judiciairement constatée	7 869 €	

FORMULE SNH NAP

GARANTIES	MONTANT	
	Pays de domiciliation	Monde entier (hors pays de domiciliation)
Frais de recherche et de sauvetage (e)	6 745 €	
Frais de caisson hyperbare	39 345 €	300 000 € (a)
Garantie pour frais d'hospitalisation et de traitement sur prescription médicale dont : Frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques, frais de traitement, d'ambulance sur place (e)	31 473 €	
Soins dentaires urgents	Inclus	141 € (b)
Hospitalisation	Si hospitalisation supérieure à 10 jours consécutifs, mise à disposition d'un billet aller/retour avion ou train pour un proche parent et prise en charge des frais d'hébergement pendant 10 nuits. Garantie jusqu'à 52,28 € TTC par nuit.	
Capital en cas d'invalidité permanente	250 000 €	
Capital en cas de décès ou disparition judiciairement constatée	250 000 €	

a) Franchise de 25 € pour les frais de traitement. b) Franchise de 17 € par dossier.

L'engagement maximum de l'Assureur tant en Décès qu'en Invalidité entre l'ensemble des formules et options dont bénéficie un même assuré au titre du présent contrat FFESSM, sera dans tous les cas limité à 450 000 €.

FORMULE PRO BASIC

GARANTIES	MONTANT
Décès ou disparition judiciairement constatée	22 482 €
Invalidité permanente totale	22 482 €
Frais de traitement (e)	7 869 €
Frais de caisson en France, en DOM	39 345 €
Frais de caisson à l'étranger (a)	39 345 €
Frais de recherche (e)	3 933 €
Incapacité temporaire	Néant

FORMULE PRO 1

GARANTIES	MONTANT
Décès ou disparition judiciairement constatée	22 482 €
Invalidité permanente totale	22 482 €
Frais de traitement (e)	28 666 €
Frais de caisson en France, en DOM	39 345 €
Frais de caisson à l'étranger (a)	39 345 €
Frais de recherche (e)	3 933 €
Incapacité temporaire	10,67 € par jour versés à compter du 3e jour de l'incapacité constatée médicalement et au maximum pour 365 jours d'incapacité

FORMULE PRO 2

GARANTIES	MONTANT
Décès ou disparition judiciairement constatée	91 245 €
Invalidité permanente totale	136 870 €
Frais de traitement (e)	31 934 €
Frais de caisson en France, en DOM	39 921 €
Frais de caisson à l'étranger (a)	39 921 €
Frais de recherche (e)	15 967 €
Incapacité temporaire	33,02 € par jour versés à compter du 3e jour de l'incapacité constatée médicalement et au maximum pour 365 jours d'incapacité

FORMULE PRO 3

GARANTIES	MONTANT
Décès ou disparition judiciairement constatée	159 682 €
Invalidité permanente totale	159 682 €
Frais de traitement (e)	31 934 €
Frais de caisson en France, en DOM	39 921 €
Frais de caisson à l'étranger (a)	300 000 €
Frais de recherche (e)	15 967 €
Incapacité temporaire	54,28 € par jour versés à compter du 3e jour de l'incapacité constatée médicalement et au maximum pour 365 jours d'incapacité

LES EXCLUSIONS

Sont exclus au titre des Indemnités Contractuelles les suites et conséquences d'accidents résultant :

- D'un suicide ou d'une tentative de suicide.
- De la participation à une rixe, sauf en cas de légitime défense.
- De l'ivresse, l'éthylisme, l'usage de drogues, de stupéfiants, de tranquillisants non prescrits médicalement.
- De la participation à des compétitions comportant l'utilisation de véhicules à moteur et à leurs essais.
- De la pratique de tous les sports aériens.

Sont exclus dans tous les cas :

- Les dommages intentionnellement causés ou provoqués par l'Assuré ou avec sa complicité.
- Les dommages occasionnés par la guerre étrangère ou la guerre civile, des actes de terrorisme ou de sabotage commis dans le cadre d'actions concertées de terrorisme ou de sabotage, des émeutes, des mouvements populaires, la grève et le lock-out, de même que par des engins de guerre en temps de guerre ou, après la date légale de cessation des hostilités, par des engins de guerre dont la détention est interdite et dont l'Assuré ou les personnes dont il est civilement responsable seraient sciemment possesseurs ou détenteurs, ou qu'il manipuleraient volontairement.

- Causés – ou les aggravations de dommages causés par :

- Des armes ou engins destinés à exploser par modification de structure du noyau de l'atome.
- Tout combustible nucléaire, produit ou déchet radioactif, ou toute autre source de rayonnements ionisants et qui engagent la responsabilité exclusive d'un exploitant d'installation nucléaire ou trouvent leur origine dans la fourniture de biens ou de services concernant une installation nucléaire à l'étranger, ou frappent directement une installation nucléaire.

- Causés par tous phénomènes naturels à caractère catastrophique.

LE SINISTRE

OBLIGATIONS EN CAS DE SINISTRE

L'Assuré doit en faire la déclaration à LAFONT ASSURANCES sur le site internet, via l'espace club, www.cabinet-lafont-ffessm.com, dans les 5 jours.

En cas d'impossibilité, la déclaration pourra se faire par courrier en communiquant :

- Le numéro de licence.
- La date de l'accident.
- Sa cause.
- Ses circonstances.
- Son lieu.
- Les noms et adresses des témoins.
- Le siège et la nature des lésions.

L'Assuré devra, sous 48 heures transmettre toute lettre, réclamation ou pièce de procédure.

Cette déclaration doit être faite sous peine de déchéance, sauf cas fortuit ou de force majeure, dès que l'Assuré en a eu connaissance et au plus tard dans le mois qui suit cette connaissance, sauf dispositions contraires à la garantie.

Toutefois, la déchéance ne peut être opposée à l'Assuré ou au Bénéficiaire que si l'Assureur établit que le retard dans la déclaration lui a causé préjudice.

EXPERTISES

Suite à un accident, l'existence et le taux d'invalidité permanente sont constatés en France d'un commun accord entre le bénéficiaire et notre Médecin Expert conformément aux dispositions ci-dessous.

À défaut d'accord, ces constatations seront faites par deux médecins désignés l'un par le bénéficiaire, l'autre par la Société.

S'ils ne peuvent trouver un terrain d'entente, ces deux médecins seront départagés par un troisième nommé

par eux ou à défaut, par le Président du Tribunal compétent.

Chaque partie supporte les frais et honoraires de son médecin, ainsi que la moitié de ceux du troisième médecin et des frais de sa nomination.

RÈGLE GÉNÉRALE POUR LA DÉTERMINATION DU TAUX D'INVALIDITÉ

Lorsque les conséquences d'un accident garanti sont aggravées par l'existence d'un état pathologique indépendant de cet accident, par une mutilation intentionnelle, par une insuffisance de soins due à une négligence ou à une volonté du bénéficiaire, ou par un traitement empirique, les indemnités sont calculées non pas sur les suites effectives constatées mais sur celles que l'accident aurait vraisemblablement eues chez un sujet de même âge, en bonne santé, indemne d'infirmité et soumis à un traitement médical approprié.

DÉTERMINATION DU TAUX D'INVALIDITÉ PAR SUITE D'ACCIDENT - Ce barème est appliqué pour la détermination du taux d'invalidité permanente par suite d'accident :

INVALIDITE PERMANENTE TOTALE

Perte complète de la vision des deux yeux	100 %
Amputation ou perte totale de l'usage des deux membres supérieurs ou inférieurs	100 %
Aliénation mentale totale et incurable	100 %

INVALIDITE PERMANENTE PARTIELLE

Tête	
Syndrome subjectif post-commotionnel	5 %
Perte totale d'un œil ou de la vision d'un œil	25 %
Surdité totale des deux oreilles, non appareillables	50 %
Surdité totale des deux oreilles, appareillables	40 %
Surdité totale d'une oreille, non appareillable	12 %
Anosmie ou stenose nasale unilatérale	4 %
Perte de toutes les dents, avec possibilité de prothèses	10 %
Rachis - Thorax - Abdomen	
Tassement vertébral avec raideur nette sans signes neurologiques	10 %
Cervicalgies, dorsalgies ou lombalgies avec raideur nette	5 %
Séquelles de fractures costales multiples avec dyspnée importante	12 %

Séquelles minimales d'une fracture costale ou sternale	1 %
Splénectomie avec séquelles hématologiques notables	10 %
Nephrectomie	10 %
Eventration importante	10 %
Séquelles de fracture du bassin sans troubles statiques	5 %
Membres supérieurs	
Amputation ou perte totale de l'usage d'un bras ou d'une main	60 %
Amputation ou perte totale de l'usage du pouce	22 %
Amputation ou perte totale de l'usage de l'index	12 %
Amputation ou perte totale de l'usage du médus	10 %
Amputation ou perte totale de l'usage de l'annulaire ou l'auriculaire	6 %
Ankylose ou perte totale de l'usage de l'épaule	30 %
Ankylose ou perte totale de l'usage du coude	20 %
Ankylose ou perte totale de l'usage du poignet	12 %
Raideur légère de l'épaule, du coude ou du poignet	5 %

Membres inférieurs	
Perte totale de l'usage d'un membre inférieure ou amputation de la cuisse au 1/3 moyen	60 %
Amputation d'une jambe	40 %
Amputation d'un pied	30 %
Amputation d'un gros orteil	7 %
Amputation d'un autre orteil	2 %
Ankylose totale ou instabilité importante d'une hanche	20 %
Ankylose totale ou instabilité importante d'un genou	20 %
Ankylose totale ou instabilité importante d'une cheville	12 %
Prothèse totale de hanche	10 %
Raccourcissement d'un membre inférieur de plus de 3 cm	4 %
Raccourcissement d'un membre inférieur de plus de 6 cm	10 %
Névralgie sciatique avec signes cliniques et retentissement important	15 %
Paralysie d'un nerf sciatique poplite externe	10 %
Paraplégie frustrée sans troubles importants de la marche	15 %

VIE DU CONTRAT

DÉFINITIONS

La durée du contrat est mentionnée sur le certificat d'adhésion.

AUTRES ASSURANCES

Si les risques sur lesquels repose l'assurance sont ou viennent à être garantis pour le même intérêt par d'autres assurances, l'Assuré doit :

À la souscription

Indiquer les contrats existants

En cours de contrat

Donner immédiatement connaissance des autres contrats d'assurance à la Société

Dans l'un et l'autre cas, le nom des Assureurs et le montant des sommes assurées doivent être précisés.

Lorsque tous ces contrats ont été souscrits sans fraude, chacun d'eux produit ses effets dans la limite des garanties qu'il prévoit, quelle que soit la date à laquelle il a été souscrit sans que le total des indemnités versées par l'ensemble des Assureurs dépasse le montant des dommages réels.

Dans ces limites, l'Assuré peut obtenir l'indemnisation des dommages en s'adressant à l'Assureur de son choix.

Quand plusieurs assurances contre un même risque sont contractées de manière dolosive ou frauduleuse les divers Assureurs peuvent en demander la nullité et réclamer les dommages et intérêts.

SUBROGATION

La Société est subrogée, dans les termes de l'article L 121-21 du Code, dans les droits et actions de l'Assuré, contre tout responsable du sinistre.

Si la subrogation ne peut plus, du fait de l'assuré, s'opérer en faveur de la Société, celle-ci est déchargée de sa garantie envers l'Assuré dans la mesure où aurait pu s'exercer cette subrogation.

PRESCRIPTION

Aucune action dérivant de ce contrat ne sera recevable passé un délai de deux ans à partir de l'évènement qui lui aura donné naissance dans les conditions déterminées par les articles L 114-1 et L 114-2 du Code des Assurances.

TRAITEMENT DES RÉCLAMATIONS

Pour toute demande ou réclamation relative à un différend de l'Assuré envers l'Assureur, portant sur la conclusion ou l'exécution du contrat y compris dans le règlement d'un sinistre, l'Assuré contacte dans un premiers temps, par téléphone ou par écrit, son interlocuteur habituel auprès d'AXA Corporate Solutions Assurance.

Par la suite, si une incompréhension subsiste, l'Assuré peut adresser sa réclamation en précisant le numéro de contrat et/ou de sinistre au Service Réclamation Client en écrivant à l'adresse suivante :

LAFONT ASSURANCES S.A.S.
Service Réclamation Client
Z.A.M. du Moulinas – 2, rue du Moulinas
66330 CABESTANY

La situation de l'Assuré sera étudiée avec le plus grand soin et une réponse lui sera adressée dans un délai de quinze (15) jours ouvrés à compter de la réception de la réclamation sauf survenance de circonstances particulières (qui peuvent comprendre le cas de complexité d'un dossier). Dans ce dernier cas, l'Assureur avisera l'Assuré de ce que ce délai ne peut être respecté.

Enfin, en cas de persistance du litige, l'Assuré pourra faire appel au Médiateur compétent pour le Groupe AXA, personnalité indépendante, dont les coordonnées lui sont communiquées par le « Service Réclamation Client » dans son courrier de réponse. Ce recours est gratuit.

Le Médiateur formulera un avis dans le délai de trois (3) mois à compter de sa saisine par l'Assuré. Son avis ne s'impose pas, l'Assuré conserve toute liberté pour saisir éventuellement le tribunal français compétent.

AUTORITE DE CONTROLE

L'autorité chargée du contrôle de l'Assureur est :

L'Autorité de Contrôle
Prudentiel et de Résolution (ACPR)
61, rue Tailbout - 75009 Paris.

DROIT APPLICABLE ET JURIDICTION

Le présent contrat est régi par le droit français. Les parties contractantes déclarent se soumettre à la juridiction des Tribunaux français et renoncent à toute procédure dans tout autre pays.

CLAUSE SANCTION

Les garanties définies dans le présent contrat seront réputées sans effet lorsque l'octroi de ces garanties exposera l'Assureur à des sanctions, interdictions ou restrictions prises dans le cadre de résolutions de l'ONU ou de sanctions commerciales ou économiques, lois et règlements de l'Union Européenne, du Royaume Uni ou des Etats-Unis d'Amérique.

LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT

Afin d'être une référence en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux, AXA Corporate Solutions Assurance s'engage à combattre le blanchiment des capitaux, qu'elle qu'en soit l'origine ou la finalité : actes délictueux ou criminels, dans les conditions et suivant les procédures établies dans la « Charte relative à la lutte contre le blanchiment des capitaux » du Groupe AXA.

À ce titre, AXA Corporate Solutions Assurance s'engage à respecter les règles générales relatives à la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, telles que résultant de l'ordonnance N°2009-104 (JO du 31 janvier 2009) transposant la Directive du Parlement Européen et du Conseil du 26 octobre 2005 relative à la prévention de l'utilisation du système financier aux fins de blanchiment de capitaux et du financement du terrorisme.

Ainsi, AXA Corporate Solutions Assurance exercera la plus grande vigilance, quelle que soit la transaction et à quelque niveau que ce soit sur les marchés mondiaux, tant dans le cadre des produits et services qu'il distribue directement ou par l'intermédiaire de canaux de distribution associés que, dans le cadre des produits et services fournis par des tiers et distribués par AXA Corporate Solutions Assurance.

INFORMATIQUE ET LIBERTÉ

Les informations personnelles concernant les Assurés recueillies lors de la souscription sont nécessaires au traitement de la demande de souscription. Elles pourront être communiquées aux tiers intervenant dans la souscription, la gestion et l'exécution du contrat.

L'Assuré peut demander communication et rectification de toute information le concernant auprès de la société, munis d'une pièce d'identité, en précisant ses nom, prénom, adresse et si possible sa référence client :

LAFONT ASSURANCES S.A.S.
Z.A.M. du Moulinas – 2, rue du Moulinas
66330 CABESTANY

Il peut également s'opposer à ce que ses coordonnées et ses données non sensibles, qui peuvent être transmises à d'autres sociétés du Groupe AXA, ainsi qu'à d'autres sociétés ou associations, soient utilisées à des fins de prospection commerciale, par simple lettre envoyée à l'adresse mentionnées ci-dessus.

Par ailleurs, en respect de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée et le décret du 20 octobre 2005 modifié pris pour l'application de la loi n°78-17 relative à l'informatique et aux libertés, il est précisé que les données personnelles sont susceptibles d'être transférées en Inde et au Maroc.

Les destinataires des données sont les sociétés AXA Assistance Maroc Services, située au Maroc, et AXA Business Services, située en Inde. Ces sociétés ont signé les clauses contractuelles types établies par la Commission Européenne, avec le responsable de traitement.

LAFONT ASSURANCES S.A.S. - 27, rue Louis Vicat - 75015 Paris
Centre de services : Zone d'Activité Mixte du Moulinas - 2, rue du Moulinas - 66330 CABESTANY
Tél. : +33(0)4 68 35 22 26 - Fax : +33(0)4 68 35 11 05 - contact@lafont-assurances.com
Société de Courtage en Assurances - RCS Paris 788 431 468 - Numéro d'inscription à l'ORIAS : 12 068 741

NOTICE D'INFORMATION DU CONTRAT COLLECTIF « ASSISTANCE »

Police XFR0055504LI/RC1F90142

Souscrit par la Fédération Française d'Études et de Sports Sous-Marins
24 quai de Rive Neuve - 13007 MARSEILLE

Auprès d'Axa Corporate Solutions
4, rue Jules Lefebvre – 75426 PARIS cedex 09

Ci-après dénommé l'Assureur

Société Anonyme de droit français, régie par le code des Assurances au capital de 190 069 080 €
399227354 RCS Paris TVA intracommunautaire n° FR 85 399 227 354
Opérations d'assurance et de réassurance exonérées de TVA – art 261-C cg

Par l'intermédiaire de LAFONT ASSURANCE S.A.S.
Z.A.M. du Moulinas – 2, rue du Moulinas – 66330 CABESTANY,
Ci-après dénommé le Courtier (Immatriculation Orias 12 068 741)

La présente notice d'information établie conformément à l'article L141.4 du Code des Assurances, a pour objet de préciser les conditions de garantie du contrat référencé contre les risques définis ci-après constitué des Conditions Particulières et Conditions Générales Assurance.

MISE EN ŒUVRE DE L'ASSISTANCE AUX PERSONNES

Pour que les garanties d'assistance s'appliquent, l'Assuré doit obligatoirement et préalablement à toute intervention engageant les garanties d'assistance, prendre contact avec l'Assisteur :

Axa Assistance : + 33 1 55 92 22 82

En indiquant le numéro de convention suivant :

Loisir 1 – Loisir 2 – Pro 1 – Pro 2

convention N° 080171701

Loisir 3 – Pro 3

convention N° 080171702

Top 1 – Top 2 – Top 3 – Pro Top – Pro 1 Top – Pro 2 Top

convention N° 0801716

Et le numéro de contrat :

XFR0055504LI/RC1F90142

DÉFINITIONS

Bénéficiaire

Les adhérents licenciés de la FFESSM ayant contracté une assurance Individuelle Accident (Loisir 1, Loisir 2, Loisir 3, Pro basic, Pro 1, Pro 2, Pro 3) auprès de LAFONT ASSURANCE durant les activités FFESSM telles que figurant dans ses statuts et règlement intérieur (ayant pour but des activités subaquatiques et de la nage avec accessoires) .

Bagages

Les sacs de voyage, les valises, les malles et leur contenu, à l'exclusion des effets vestimentaires que vous portez.

Déplacements garantis

Sont garantis les déplacements d'une durée inférieure à 90 jours organisés par le souscripteur.

Territorialité

Les garanties s'appliquent dans le monde entier à l'exception de la garantie « frais médicaux » qui ne s'applique qu'hors du pays de domiciliation de l'assuré.

France

France métropolitaine et la Corse.

Les Principautés de Monaco et d'Andorre sont conventionnellement intégrées sous cette définition.

Étranger

Tous pays en dehors du pays où se trouve le domicile du bénéficiaire.

Domicile

Lieu de résidence principal et habituel du bénéficiaire figurant comme domicile sur la déclaration d'impôts sur le revenu ou tout autre document officiel. Il peut être situé dans le monde entier.

Maladie

Altération soudaine et imprévisible de la santé du bénéficiaire constatée par une autorité médicale compétente.

Accident corporel

Altération brutale de la santé du bénéficiaire ayant pour cause un événement extérieur, soudain, imprévisible, violent et indépendant de la volonté de la victime.

Hospitalisation

Séjour imprévu, d'une durée supérieure à 24 heures, dans un établissement de soins public ou privé, prescrit médicalement, pour un traitement médical ou chirurgical suite à un accident corporel.

Autorité médicale

Toute personne titulaire d'un diplôme de médecine ou de chirurgie en état de validité dans le pays où se trouve le bénéficiaire.

Équipe médicale

Structure adaptée à chaque cas particulier et définie par le médecin régulateur de l'Assisteur.

Membres de la famille

Ascendants et descendants au premier degré, conjoint de droit ou de fait ou toute personne liée au bénéficiaire par un Pacs, frères, sœurs du bénéficiaire domiciliés dans le même pays que le bénéficiaire.

Objets de valeur

Les caméras et tous appareils photographiques, radiophoniques, d'enregistrement ou de reproduction du son ou de l'image ainsi que leurs accessoires, le matériel informatique et de téléphonie mobile.

Objets précieux

Les bijoux, montres, fourrures, orfèvrerie en métal précieux, les pierres précieuses ou semi précieuses, et les perles pour autant qu'elles soient montées en bijou.

Proche

Toute personne physique désignée par le bénéficiaire ou un de ses ayants droit et domiciliée dans le même pays que le bénéficiaire.

Franchise

Part des dommages à la charge du bénéficiaire.

Fait générateur

Maladie, accident corporel, décès. Problème d'ordre juridique et pratique.

CHAMPS D'APPLICATION DES GARANTIES

La présente convention a pour objet de définir les termes et les modalités de mise en œuvre des garanties d'assistance aux personnes accordées par AXA CORPORATE SOLUTIONS et intégrées de façon systématique par le souscripteur à son contrat d'assurance responsabilité civile et accidents corporels N° XFR005504LI destiné aux adhérents (licenciés ou non) de la Fédération Française d'Étude et de Sport sous Marins (FFESSM) lors de leurs séjours de moins de 90 jours consécutifs en France et à l'étranger dans le cadre d'activités subaquatiques organisées par la FFESSM ainsi que sur les trajets pour se rendre sur le lieu de ces activités.

La convention comprend :

Un ensemble de garanties de base et une option incluant un plafond de frais médicaux supérieur.

L'Assisteur INTER PARTNER Assistance intervient sous la marque AXA Assistance.

1 - Garanties d'assistance médicale

1.01 Rapatriement médical

En cas d'accident corporel ou de maladie, les médecins de l'Assisteur contactent les médecins traitants sur place et prennent les décisions les mieux adaptées à l'état du bénéficiaire en fonction des informations recueillies et des seules exigences médicales.

Si l'équipe médicale de l'Assisteur recommande le rapatriement du bénéficiaire, l'Assisteur organise et prend en charge sa réalisation en fonction des seuls impératifs médicaux retenus par son équipe médicale.

La destination de rapatriement est :

- soit le centre hospitalier le mieux adapté
- soit le centre hospitalier le plus proche du domicile.

Si le bénéficiaire est hospitalisé dans un centre de soins hors du secteur hospitalier du domicile, l'Assisteur organise, le moment venu, son retour après consolidation médicalement constatée et prend en charge son transfert à son domicile.

Les moyens de rapatriement peuvent être le véhicule sanitaire léger, l'ambulance, le train, l'avion de ligne, l'avion sanitaire.

Le choix final du lieu d'hospitalisation, de la date, de la nécessité d'un accompagnement du bénéficiaire et des moyens utilisés relèvent exclusivement de la décision de l'équipe médicale.

Tout refus de la solution proposée par l'équipe médicale de l'Assisteur entraîne l'annulation de la garantie d'assistance aux personnes.

L'Assisteur peut demander au bénéficiaire d'utiliser son titre de transport si ce dernier peut être utilisé ou modifié. Dans le cas contraire, lorsque le service assistance a pris en charge le retour, le bénéficiaire est tenu de lui restituer le titre de transport ou son remboursement.

Si le bénéficiaire a souscrit la formule LOISIR 3, l'Assisteur accorde la prise en charge des frais de transport pour un proche accompagnant le bénéficiaire lors de son rapatriement médical.

1.02 Visite d'un proche

Si l'état du bénéficiaire ne permet pas ou ne nécessite pas son rapatriement et si l'hospitalisation locale est supérieure à 10 jours consécutifs, ou si le bénéficiaire décède et que l'inhumation a lieu sur place, l'Assisteur met à la disposition d'un membre de la famille ou d'un proche un titre de transport aller-retour en avion classe économique ou en train 1^{ère} classe pour se rendre sur place.

Cette prestation n'est acquise qu'en l'absence, sur place, d'un membre de la famille du bénéficiaire en âge de majorité juridique.

L'Assisteur organise son hébergement sur place et prend en charge ses frais d'hôtel (chambre et petit déjeuner uniquement) pour une durée de 10 nuits consécutives maximum à concurrence de 46 euros par nuit.

Toute autre solution de logement provisoire ne peut donner lieu à un quelconque dédommagement.

1.03 Rapatriement en cas de décès

L'Assisteur organise et prend en charge le rapatriement du corps du bénéficiaire ou de ses cendres du lieu du décès jusqu'au lieu d'inhumation dans le pays de son domicile.

L'Assisteur prend en charge les frais de traitement post mortem, de mise en bière et d'aménagements nécessaires au transport.

Les frais de cercueil liés au transport ainsi organisé sont pris en charge à concurrence du montant indiqué dans le tableau de garantie selon la formule choisie.

Les frais d'obsèques, de cérémonie, de convois locaux, d'inhumation ou d'incinération restent à la charge de la famille du bénéficiaire.

Le choix des sociétés intervenant dans le processus du rapatriement est du ressort exclusif de l'Assisteur.

1.04 Accompagnement du défunt

Si la présence sur place d'un membre de la famille ou d'un proche s'avère indispensable pour effectuer la reconnaissance du corps du bénéficiaire décédé et les formalités de rapatriement ou d'incinération, l'Assisteur met à disposition un titre de transport aller-retour en avion classe économique ou en train 1^{ère} classe. Cette prestation ne peut être mise en œuvre que si le bénéficiaire était seul sur place au moment de son décès.

1.05 Assistance psychologique par téléphone

Cette garantie est acquise dans les formules Loisir 1 TOP, Loisir 2 TOP, Loisir 3 TOP.

En cas d'atteinte corporelle grave ou de décès du bénéficiaire suite à un accident de plongée, l'Assisteur pourra mettre le bénéficiaire en relation avec un psychologue clinicien à raison de 3 entretiens téléphoniques par événement.

Au delà des 3 premiers entretiens, les frais de consultation restent à la charge du bénéficiaire.

1.05 Assistance juridique à l'étranger

À la suite d'une infraction involontaire aux lois et règlements en vigueur commise par le bénéficiaire dans le pays étranger où il voyage, et pour tout acte non qualifié crime, l'Assisteur intervient, à la demande du bénéficiaire par écrit, si une action est engagée contre lui.

Cette garantie ne s'applique pas pour les faits en relation avec l'activité professionnelle du bénéficiaire.

1.06 Avance de caution pénale à l'étranger

L'Assisteur procède à l'avance de la caution pénale exigée par les autorités pour la libération du bénéficiaire ou pour lui permettre d'éviter son incarcération.

Cette avance est effectuée par l'intermédiaire d'un homme de loi sur place à hauteur du plafond de garantie indiqué dans le tableau de garantie selon la formule choisie.

Le bénéficiaire est tenu de rembourser cette avance à l'Assisteur :

- dès restitution de la caution en cas de non lieu ou d'acquiescement
- dans les 15 jours de la décision judiciaire devenue exécutoire en cas de condamnation dans tous les cas dans un délai de 3 mois à compter de la date de versement

2 - Garantie d'assurance

2.01 Assurance

« frais médicaux et chirurgicaux à l'étranger »

Objet de la garantie

Le bénéficiaire est garanti pour le remboursement de ses frais médicaux et chirurgicaux prescrits par toute autorité médicale à l'étranger consécutifs à une atteinte corporelle grave survenue et constatée à l'étranger.

Frais ouvrant droit à prestation :

- Les frais d'hospitalisation médicale et chirurgicale, les frais de visite, de consultation, de pharmacie, de soins infirmiers, y compris les honoraires médicaux et chirurgicaux et, d'une manière générale, tout acte médical ou chirurgical lié à la pathologie du bénéficiaire.

- Les frais de caisson hyperbare à l'étranger sont remboursés au titre des frais médicaux et à concurrence du montant garanti.

Elle est acquise exclusivement aux conditions suivantes :

La garantie ne s'applique qu'aux frais ayant fait l'objet d'un accord du service médical de l'Assisteur matérialisé par la communication d'un numéro de dossier communiqué au bénéficiaire ou à toute personne agissant en son nom, dès lors qu'il a constaté le bien fondé de la demande ;

En cas d'hospitalisation, l'Assisteur doit être avisée de cette hospitalisation dans les 24 heures suivant la date mentionnée au certificat d'hospitalisation. Le bénéficiaire accepte tout changement de centre hospitalier préconisé par les services de l'Assisteur ;

Dans tous les cas, un médecin missionné par l'Assisteur doit avoir libre accès au patient et à son dossier médical, dans le respect le plus strict des règles déontologiques ;

La garantie cesse automatiquement en cas de rapatriement, à la date de ce dernier ;

La garantie est acquise uniquement lorsque le bénéficiaire est affilié à un régime de prévoyance le garantissant pour le remboursement des frais médicaux et chirurgicaux.

Montant de la garantie

Le plafond de la garantie par bénéficiaire et par événement est fixé en fonction de la formule choisie et indiqué sur le tableau de garantie.

Dans tous les cas, une franchise, dont le montant est indiqué selon la formule choisie dans le tableau de garantie, est appliquée par bénéficiaire à chaque dossier. Les frais de soins dentaires sont limités (le montant de la limitation est indiqué selon la formule choisie dans le tableau de garantie) avec une franchise dont le montant est indiqué selon la formule choisie dans le tableau de garantie, par dossier.

Modalités d'application

Si le bénéficiaire dépend du régime de la Sécurité Sociale, l'Assisteur lui conseille de se munir de la Carte Européenne-d'Assurance Maladie ou du formulaire E101 disponibles aux centres de Sécurité Sociale, pour pouvoir bénéficier des prestations de la Sécurité Sociale lors d'un voyage dans un pays de l'Union Européenne.

Constitution du dossier

Lorsque le bénéficiaire a lui-même réglé ses frais médicaux et chirurgicaux

Le bénéficiaire s'engage à nous adresser les informations et pièces suivantes :

- La nature, les circonstances, la date et le lieu de survenance de l'atteinte corporelle grave ayant nécessité le règlement de frais médicaux ou chirurgicaux sur place.
- Une copie des ordonnances délivrées comportant, le cas échéant, les vignettes des médicaments prescrits.
- Une copie des factures de toutes les dépenses médicales engagées.
- Les bordereaux et/ou décomptes originaux de remboursement de tout régime et organisme payeur concerné ; Les références de tout régime et organisme français et étranger garantissant le bénéficiaire par ailleurs, mentionnant leur nom, l'adresse du gestionnaire, le numéro de couverture et de dossier.
- En cas d'accident, les nom et adresse de l'auteur responsable et, si possible des témoins en indiquant si un procès-verbal ou un constat a été établi par les agents de l'autorité.
- D'une manière générale, toutes pièces de nature à permettre une exacte appréciation des frais réels restant à la charge de l'assuré.
- En outre, le bénéficiaire joint, sous pli à l'attention du médecin Directeur Médical de l'Assisteur, le certificat médical initial précisant la nature de l'accident ou de la maladie et tout autre certificat à la demande de notre médecin.

Dans le cas, où les organismes payeurs dont relève le bénéficiaire ne prendraient pas en charge les frais médicaux et chirurgicaux engagés, l'Assisteur remboursera ces frais dans la limite du plafond garanti à condition que le bénéficiaire communique.

- Les factures originales des frais médicaux et chirurgicaux.
- L'attestation de refus de prise en charge émise par l'organisme payeur.

Lorsque AXA Assistance intervient au titre d'une avance de fonds consentie au moyen d'un paiement direct des frais et ce, uniquement dans le cadre d'une hospitalisation.

AXA Assistance intervient exclusivement lorsque la présente garantie est acquise au bénéficiaire et à condition que l'hospitalisation ait été jugée nécessaire par l'équipe médicale de l'Assisteur.

Le paiement des frais d'hospitalisation est effectué directement par l'Assisteur auprès du centre hospitalier concerné ; Le plafond de paiement direct par bénéficiaire et par événement est fixé selon le montant indiqué dans le tableau de garantie en fonction de la formule choisie.

Afin de préserver ses droits ultérieurs, l'Assisteur se réserve le droit de demander au bénéficiaire ou à ses ayants droit soit une empreinte de carte bancaire, soit un chèque de caution, soit une reconnaissance de dette limitée au montant de l'avance.

L'Assisteur adresse au bénéficiaire les demandes de remboursement relatives aux avances des frais d'hospitalisation consenties accompagnées des justificatifs.

Dans tous les cas, le bénéficiaire s'engage à rembourser à l'Assisteur la totalité des sommes avancées dans un délai de 60 jours à compter de la date d'envoi des demandes de remboursement émises par l'Assisteur. Cette obligation s'applique même si le bénéficiaire a engagé les procédures de remboursement auprès des organismes sociaux dont il relève.

Pour que le bénéficiaire soit lui-même remboursé, il doit procéder aux démarches auprès de la Sécurité Sociale ou de tout autre régime de prévoyance individuelle ou collective complémentaire et/ou en vertu d'un contrat d'assurance pour l'obtention de leur prise en charge.

Dès que ces démarches ont abouti, le bénéficiaire transmet pour le solde des frais garantis restant à sa charge, la demande d'indemnisation complémentaire.

Prise en charge des frais médicaux ou chirurgicaux

L'indemnisation de l'Assisteur s'effectue à concurrence de 100% des frais réels restant à la charge du bénéficiaire dans la limite du plafond et franchise fixés à la présente garantie en complément des indemnités et/ou prestations de même nature versées par la Sécurité Sociale ou par tout autre régime de prévoyance individuelle ou collective-complémentaire et/ou en vertu d'un contrat d'assurance et réparties proportionnellement aux frais supportés par chaque intervenant.

L'Assisteur indemnise exclusivement le bénéficiaire après réception par l'Assisteur de son dossier complet.

2.02 Annulation de voyage

Objet et montant de la garantie

La garantie prévoit le remboursement des frais d'annulation ou de modification de voyage, dans la limite des montants facturés par l'organisateur du voyage en application du barème SNAV ci-après :

- de 30 jours à 21 jours = 25 %
- de 20 jours à 8 jours = 50 %
- de 7 jours à 2 jours = 75 %
- moins de 2 jours = 90 %
- no show = 100 %

Limitation de la garantie

L'indemnité à la charge de l'assureur est limitée aux seuls frais d'annulation dus à la date de survenance de l'événement entraînant l'application de la garantie sous déduction des taxes portuaires et aéroportuaires, des primes d'assurance et des frais de dossier (retenus par le voyageur et non remboursés au titre de la présente convention).

Le montant indemnisé ne peut excéder le montant indiqué dans le tableau de garantie selon la formule choisie par bénéficiaire pour un même événement générateur.

Franchises

Une franchise absolue, dont le montant est indiqué dans le tableau de garantie selon la formule choisie, est applicable par personne à chaque dossier.

Événements générateurs de la garantie

1. En cas d'accident corporel grave, maladie grave (y compris la rechute, l'aggravation d'une maladie chronique ou préexistante, ainsi que les suites, les séquelles d'un accident survenu antérieurement à la souscription de la présente convention) ou de décès :

- de vous-même, de votre conjoint de droit ou de fait ou toute personne qui vous est liée par un Pacte, d'un de vos ascendants ou descendants, frères ou sœurs, beaux-frères ou belles-sœurs, gendres ou brus, beaux-pères ou belles-mères, de votre tuteur légal, quel que soit leur pays de domicile.

2. En cas de contre indication ou des suites de vaccinations obligatoires pour le voyage.
3. En cas de dommages matériels importants, survenant à votre domicile ou à vos locaux professionnels ou à votre exploitation agricole dont vous êtes propriétaire, locataire ou occupant à titre gratuit, détruits à plus de 50 % et nécessitant impérativement le jour de votre départ, votre présence sur les lieux pour effectuer les actes conservatoires nécessaires.
4. Si vous ou votre conjoint devez être licencié pour motif économique, à condition que la procédure n'ait pas été engagée le jour de votre souscription à la présente convention.
5. En cas de complication nette et imprévisible d'un état de grossesse et ce, avant l'entrée dans la 28^{ème} semaine d'aménorrhée, en cas de fausse couche, interruption thérapeutique de grossesse et leurs suites.
6. En cas de grossesse non connue au moment de l'inscription au voyage et contre indiquant le voyage par la nature même de celui-ci.
7. Si vous devez être convoqué à un examen de rattrapage universitaire pour une date se situant pendant la durée de votre voyage, sous réserve que l'échec à l'examen n'ait pas été connu au jour de la souscription à la présente convention.
8. En cas d'obtention d'un emploi salarié ou d'un stage rémunéré devant débiter avant votre retour de voyage, alors que vous étiez inscrit à Pôle Emploi à l'exclusion de la prolongation ou du renouvellement de votre contrat.
9. En cas de mutation professionnelle, vous obligerait à déménager avant votre retour de voyage, sous réserve que la mutation n'ait pas été connue au moment de votre inscription à la présente convention.
10. En cas de refus de votre visa touristique par les autorités du pays choisi pour le voyage sous réserve qu'aucune demande n'ait été déposée au préalable et refusée par ces autorités pour un précédent voyage.
11. En cas d'annulation acquise au titre de la présente garantie à une ou plusieurs personnes bénéficiaires de la présente garantie inscrites sur le même bulletin d'inscription au voyage que vous et, que du fait de ce désistement vous soyez amenés à voyager seul.
12. Si vous décidez de partir seul, pour autant que l'annulation du voyage de la personne devant partager la chambre double d'hôtel réservée pour votre séjour soit acquise au titre de la présente garantie, la garantie prévoit le remboursement de vos frais supplémentaires d'hôtel entraînés par cette annulation dans la limite du montant des indemnités qui vous auraient été versées en cas d'annulation.
13. Dans l'impossibilité de partir, si vous pouvez céder votre voyage à une autre personne, remboursement des frais du changement de nom du bénéficiaire auprès de l'organisateur de voyage.
14. Pour les formules « Loisir Top 3 » et « Pro Top 3 », en cas d'annulation par l'employeur de congés préalablement validés par ce dernier. Le remboursement s'effectue en complément des dédommagements accordés par l'employeur.

Procédure de déclaration

Vous, ou un de vos ayants droit, devez avertir l'organisateur du voyage de votre annulation dès la survenance de l'événement garanti empêchant votre départ.

En effet, le remboursement effectué par LAFONT ASSURANCES est calculé par rapport au barème des frais d'annulation en vigueur à la date de la première constatation de l'événement entraînant la garantie.

Vous devez aviser LAFONT ASSURANCES dans les 5 jours ouvrables suivant la connaissance du sinistre en vous conformant à la procédure de déclaration telle que décrite dans le paragraphe 5.04 de la présente notice.

- Votre déclaration doit comporter les informations suivantes :
 - vos nom, prénom et adresse,
 - le numéro de licence FFESSM,
 - motif précis motivant votre annulation (maladie, accident, problème professionnel, etc.).

Si le motif de cette annulation est une maladie ou un accident corporel, vous ou vos ayants droit, devez en outre communiquer dans les 10 jours suivant le sinistre, sous pli confidentiel au Directeur Médical de LAFONT ASSURANCES, le certificat médical initial précisant la date et la nature de votre maladie ou de votre accident.

LAFONT ASSURANCES adressera à votre attention ou à celle de vos ayants droit, le dossier à constituer.

Celui-ci devra être retourné complété à LAFONT ASSURANCES en joignant la copie de la convention et tous les documents demandés pour justifier le motif de l'annulation et pour évaluer le montant du préjudice (bulletin d'inscription, original de la facture des frais d'annulation, originaux des titres de transport).

Remboursement

Le remboursement des frais d'annulation est directement adressé soit à votre attention, soit à celle de vos ayants droit, à l'exclusion de toute autre personne physique ou morale.

Les frais de dossier, de visa, les taxes aéroport et la prime d'assurance ne sont pas remboursables.

2.03 Interruption de voyage

Objet de la garantie

La garantie a pour objet votre dédommagement pour le préjudice matériel qui résulte de l'interruption de votre voyage consécutive à une atteinte corporelle grave survenue pendant le voyage.

Pour les formules « Loisir Top 3 » et « Pro Top 3 », la garantie est également accordée en cas de retour anticipé suite au décès d'un proche parent (ascendant ou descendant au 1^{er} degré).

Pour les formules « Loisir Top 3 » et « Pro Top 3 », en cas d'atteinte corporelle grave, si le bénéficiaire n'est pas rapatrié et qu'il reste sur place sans pouvoir effectuer les activités de plongée initialement prévues et déjà réglées, AXA CORPORATE SOLUTIONS le dédommagera dans la limite du montant indiqué dans le tableau de garanties.

Montant de la garantie

Vous êtes indemnisés des prestations achetées et non consommées par suite de l'interruption de séjour (stages, cours, forfaits).

Cette indemnisation est calculée à compter du jour suivant la libération totale des prestations assurées et est proportionnelle au nombre de jours de voyages non utilisés.

Pour les vols secs, l'indemnité porte sur vos billets achetés auprès du souscripteur et non utilisés. Cette indemnité est limitée à 50 % du prix TTC des titres de transport.

Vous êtes indemnisés selon le montant indiqué dans le tableau de garantie en fonction de la formule choisie par bénéficiaire pour un même événement générateur.

Procédure de déclaration :

- **Vous, ou un de vos ayants droit, devez adresser à LAFONT ASSURANCES dans les 5 jours ouvrables suivant la date de fin de votre voyage** votre déclaration de sinistre interruption et les raisons qui la motivent en vous conformant à la procédure de déclaration telle que décrite dans le paragraphe 5.04 de la présente notice.
- Votre déclaration doit comporter les informations suivantes :
 - vos nom, prénom et adresse,
 - le numéro de licence FFESSM,
 - motif précis motivant votre interruption,
 - nom de votre agence de voyage,
 - le certificat médical initial précisant la date et la nature de l'atteinte corporelle grave, sous pli confidentiel au Directeur Médical de LAFONT ASSURANCES, ou suivant le cas, le certificat de décès, le constat des autorités de police, le rapport d'expertise ou la convocation.

Par la suite, vous, ou un de vos ayants droit, devrez faire parvenir à LAFONT ASSURANCES directement ou par l'intermédiaire de votre agence de voyages :

- l'original de la facture initiale acquittée délivrée lors de l'inscription au voyage,

- les originaux des titres de transport non utilisés et non remboursables par l'organisateur du voyage et/ou son prestataire de services.

2.04 Assurance « bagages » Perte, vol ou détérioration de Bagages

Objet

Vous êtes dédommagés pour le préjudice matériel qui résulte :

- de la perte de vos bagages par le transporteur et/ou lors des transferts organisés par le voyageur,
- du vol de vos bagages,
- de leur détérioration totale ou partielle survenant pendant le voyage.

Définitions

Les objets de valeur et les objets précieux, tels que définis ci-dessous, sont assimilés aux bagages :

- Objets de valeur

Les caméras et tous appareils photographiques, radiophoniques, d'enregistrement ou de reproduction du son ou de l'image ainsi que leurs accessoires, le matériel informatique et de téléphonie mobile.

- Objets précieux

Les bijoux, montres, fourrures, orfèvrerie en métal précieux, les pierres précieuses ou semi précieuses, et les perles pour autant qu'elles soient montées en bijoux.

Montant de la garantie

La prise en charge d'AXA CORPORATE SOLUTIONS par bénéficiaire et par voyage se fait à concurrence du montant indiqué dans le tableau de garanties selon la formule choisie.

Les objets de valeur et les objets précieux ne sont couverts qu'à hauteur de 50 % de la somme assurée.

Franchise

Une franchise dont le montant est indiqué dans le tableau de garanties selon la formule choisie par bénéficiaire est applicable à chaque dossier.

Événements générateurs

Sont garantis :

- La perte ou la destruction de bagages ou d'objets de valeur pour autant qu'ils soient enregistrés ou dûment confiés auprès du transporteur ou confiés au voyageur lors des transports et transferts organisés.
- Les vols de bagages ou d'objets de valeur commis avec effraction dans tout véhicule fermé à clé et clos et en tout état de cause commis entre 7 heures du matin et 21 heures le soir (heure locale).
- En cas de vol, la garantie est acquise pour autant que les bagages et les objets de valeurs soient sous votre surveillance directe, dans votre chambre ou remisés dans une consigne individuelle.
- Les objets précieux sont uniquement garantis contre le vol et seulement quand ils sont portés sur vous ou lorsqu'ils sont en dépôt dans le coffre de votre chambre ou dans le coffre de votre hôtel.

Procédure de déclaration

Vous devez aviser LAFONT ASSURANCES dans les 5 jours ouvrables suivant la date de fin de votre voyage en vous conformant à la procédure de déclaration telle que décrite dans le paragraphe 5.04 de la présente notice et justifier de la valeur et de l'existence des bagages et des objets assimilés dérobés, perdus ou détériorés.

Votre déclaration doit comporter les informations suivantes :

- vos nom, prénom et adresse,
- numéro de licence FFESSM,
- la date, les causes et les circonstances du sinistre,
- les pièces originales justificatives.

Vous devez également fournir :

- En cas de vol, le récépissé de dépôt de plainte établi dans les 48 heures suivant la connaissance du vol par les autorités locales compétentes.
- En cas de destruction totale ou partielle, le constat établi par toute autorité compétente ou par le responsable des dommages, à défaut par un témoin.
- Dans les cas où la responsabilité du transporteur ou de l'organisateur de voyage peut être mise en cause, le constat de ses réserves envers le transporteur ou voyageur établi avec ces derniers ou leur représentant.

Récupération des bagages volés ou perdus

En cas de récupération de tout ou partie d'objets volés ou perdus, à quelque époque que ce soit, vous devez en aviser immédiatement LAFONT ASSURANCES.

Si la récupération a lieu :

- **Avant le paiement de l'indemnité**, vous devez reprendre possession desdits objets. AXA CORPORATE SOLUTIONS n'est tenu qu'au paiement d'une indemnité correspondant aux détériorations éventuellement subies et aux frais que vous avez pu exposer, avec l'accord de ce dernier pour la récupération de ces objets.
- **Après le paiement de l'indemnité**, vous aurez, à dater de la récupération, un délai de trente jours pour opter soit pour la reprise, soit pour le délaissement de tout ou partie des objets retrouvés. En cas de non respect de ce délai, les biens deviendront la propriété de AXA CORPORATE SOLUTIONS.

En cas de reprise, le règlement sera révisé en faisant état des biens repris pour leur valeur au jour de la récupération et vous aurez pour obligation de restituer, s'il y a lieu, l'excédent d'indemnité que vous aurez perçu. Dès que vous apprenez qu'une personne détient le bien volé ou perdu, vous devez en aviser LAFONT ASSURANCES dans les huit jours.

Indemnisation

L'indemnisation est exclusivement adressée soit à votre attention soit à celle de vos ayants droit

L'indemnité est calculée :

- Sur la base de la valeur de remplacement, vêtusté déduite, si le bien est l'objet d'un sinistre total.
- Sur la base du coût de la réparation, dans la limite de la valeur de remplacement, vêtusté déduite, si le bien n'a subi qu'un sinistre partiel.

3 - Exclusions

3.01 Exclusions « assistance médicale »

Sont exclus et ne pourront donner lieu à l'intervention d'AXA Assistance, ni faire l'objet d'une indemnisation à quel titre que ce soit :

- Toutes interventions et/ou remboursements relatifs à des bilans médicaux, check-up, dépistages à titre préventif.
- Les affections ou lésions bénignes qui peuvent être traitées sur place et qui n'empêchent pas le bénéficiaire de poursuivre son déplacement.
- Les convalescences, les affections en cours de traitement et non encore consolidées et/ou nécessitant des soins ultérieurs programmés.
- Les maladies pré-existantes diagnostiquées et/ou traitées ayant fait l'objet d'une hospitalisation dans les 6 mois précédant la demande d'assistance.
- Les affections ayant donné lieu à une hospitalisation dans les 6 mois qui ont précédé le départ.
- Les suites éventuelles (contrôle, compléments de traitements, récidives) d'une affection ayant donné lieu à un rapatriement.
- Les états de grossesse à moins d'une complication imprévisible et dans tous les cas après la 28^{ème} semaine d'aménorrhée.
- Les suites de la grossesse : accouchement, césarienne, soins au nouveau-né.
- Les interruptions volontaires de grossesse ainsi que les interruptions thérapeutiques de grossesse la chirurgie esthétique.
- Les tentatives de suicide et leurs conséquences.
- Les voyages entrepris dans un but de diagnostic et/ou de traitement.
- Les conséquences du défaut, de l'impossibilité ou des suites de vaccination ou de traitement nécessaire ou imposé par un déplacement ou un voyage.

Ne sont pas pris en charge :

- Les frais médicaux dans le pays de domicile du bénéficiaire.
- Les cures, les séjours en maison de repos et les frais de rééducation, les frais de contraception et de traitement de la stérilité.
- Les frais de lunettes, de verres de contact.
- Les prothèses esthétiques, dentaires, acoustiques.
- Les transports répétitifs nécessités par l'état de santé du bénéficiaire.

3.02 Exclusions « annulation de voyage »

Les exclusions communes à toutes les garanties de la présente convention, sont applicables.

En outre, sont exclues les annulations consécutives à l'un des événements ou circonstances suivants :

- Les événements survenus entre la date de réservation du voyage et la date de souscription à la présente convention.
- Les accidents ou maladies ayant fait l'objet d'une première constatation, d'un traitement, d'une rechute ou d'une hospitalisation entre la date de réservation du voyage et la date de souscription à la présente convention.
- Les annulations du fait du transporteur ou de l'organisateur de voyage, quelle qu'en soit la cause.
- L'état dépressif, les maladies psychiques, nerveuses, mentales entraînant une hospitalisation inférieure ou égale à 3 jours consécutifs.
- Les interruptions volontaires de grossesse, leurs suites et leurs complications.
- Les traitements esthétiques, cures, les fécondations in vitro.
- Les annulations résultant d'examens périodiques de contrôle et d'observation.
- Les annulations ayant pour origine la non-présentation, pour quelque cause que ce soit, d'un des documents indispensables au voyage, sauf dans les cas prévus au titre de la présente garantie.
- le retard dans l'obtention d'un visa.

3.03 Exclusions « interruption de voyage »

Les exclusions communes à toutes les garanties de la présente convention sont applicables.

3.04 Exclusions « Bagages » Perte, Vol ou détérioration de bagages

Les exclusions communes à toutes les garanties de la présente convention sont applicables.

3.05 Exclusions communes à toutes les garanties

Sont exclus et ne pourront donner lieu à l'intervention de l'Assisteur, ni faire l'objet d'une indemnisation à quelque titre que ce soit :

- Les conséquences résultant de l'usage abusif d'alcool (taux d'alcoolémie constaté supérieur au taux fixé par la réglementation en vigueur), de l'usage ou de l'absorption de médicaments, drogues ou stupéfiants non prescrits médicalement.
- Les dommages provoqués par un acte intentionnel ou une faute dolosive du bénéficiaire.
- Les conséquences d'une inobservation volontaire de la réglementation du pays visité ou de la pratique d'activités non autorisées par les autorités locales.
- La pratique à titre professionnel ou amateur des sports à risque suivants : boxe, catch, chasse, motonautisme, yachting à plus de 5 milles des côtes, sports aériens, alpinisme, varappe, hockey sur glace, bobsleigh, skeleton, saut à ski.
- Les conséquences de la participation à des compétitions de véhicules à moteur se déroulant dans des lieux fermés à la circulation publique (décret N° 58-1430 du 23 octobre 1958 et arrêté du 17 février 1961).
- Les conséquences du non-respect des règles de sécurité reconnues liées à la pratique de toute activité sportive de loisirs autres que celles organisées par la FFESSM.
- Les conséquences d'explosion d'engins et d'effets nucléaires radioactifs.
- Les conséquences de la guerre civile ou étrangère, d'émeutes, de grèves, de pirateries, d'interdictions officielles, de saisies ou de contraintes par la force publique.
- Les vols et destructions de bagages survenant au domicile du bénéficiaire.
- Les espèces, billets de banque, titres et valeurs de toute nature, titres de transport, documents, papiers d'affaires, cartes magnétiques, cartes de crédit, passeports et autres pièces d'identité.
- Le matériel à usage professionnel.
- Les parfums, denrées périssables, cigarettes, cigares, vins, alcools et spiritueux et d'une manière générale les produits alimentaires.

- Les prothèses de toute nature, appareillage, lunettes et verres de contact, matériel médical, sauf s'ils sont détériorés dans le cadre d'un accident corporel grave.
- Les vols commis sans effraction dans tout local à usage d'habitation ne respectant par les trois conditions suivantes : clos, couvert et fermé à clé.
- Les vols de toute nature ou destructions en camping, dans des hangars, bateaux de plaisance à usage privé, caravanes et remorques.
- Les autoradios.
- Les tableaux, objets d'art et de fabrication artisanale, les antiquités et les instruments de musique.
- Les CD, jeux vidéo et leurs accessoires.
- Tout matériel de sport à l'exception du matériel de plongée.
- Les biens confiés à des tiers ou qui sont sous la responsabilité de tiers tels que dépositaires ; toutefois, ne sont pas considérés comme biens confiés à des tiers les bagages remis à un transporteur ou confiés à un voyageur ou hôtelier.
- Les vols ou destructions de bagages laissés sans surveillance dans un lieu public ou dans un local mis à la disposition de plusieurs occupants.
- Les destructions dues à un vice propre, à l'usure normale ou naturelle ou celles causées par les rongeurs, les insectes et la vermine.
- La destruction due à l'influence de la température ou de la lumière ou résultant du coulage de liquides, matières grasses, colorantes, corrosives, inflammables ou explosives faisant partie du contenu des bagages assurés.
- La détérioration résultant d'éraflures, de rayures, de déchirures ou de tâches.
- La détérioration des objets fragiles, tels que verreries, glaces, porcelaines, terres cuites, statues, céramiques, faïences, cristaux, albâtres, cires, grès, marbres et tous objets similaires, à moins qu'elle ne résulte d'un vol ou d'une tentative de vol.
- Tout préjudice commis par votre personnel dans l'exercice de ses fonctions.

Ne donnent lieu ni à prise en charge, ni remboursement :

- **Les frais liés aux excédents de poids des bagages lors d'un transport par avion et les frais d'acheminement des bagages lorsqu'ils ne peuvent être transportés avec le bénéficiaire.**
- **Les frais non justifiés par des documents originaux,**
- **les frais engagés par le bénéficiaire pour la délivrance de tout document officiel.**
- **Toute intervention initiée et/ou organisée à un niveau étatique ou inter-étatique par toute autorité ou organisme gouvernemental ou non gouvernemental.**

4 - Conditions restrictives d'application

4.01 Responsabilité

L'Assisteur ne peut être tenu pour responsable d'un quelconque dommage à caractère professionnel ou commercial, subi par un bénéficiaire à la suite d'un incident ayant nécessité l'intervention des services d'assistance.

L'Assisteur ne peut se substituer aux organismes locaux ou nationaux de secours d'urgence ou de recherche, et ne prend pas en charge les frais engagés du fait de leur intervention sauf stipulation contractuelle contraire.

4.02 Circonstances exceptionnelles

L'engagement de l'Assisteur repose sur une obligation de moyens et non de résultat.

L'Assisteur ne peut être tenu pour responsable de la non-exécution ou des retards d'exécution des garanties provoqués par la guerre civile ou étrangère déclarée ou non, la mobilisation générale, toute réquisition des hommes et/ou du matériel par les autorités, tout acte de sabotage ou de terrorisme, tout conflit social tel que grève, émeute, mouvement populaire, toute restriction à la libre circulation des biens et des personnes, les cataclysmes naturels, les effets de la radioactivité, les épidémies, tout risque infectieux ou chimique, tous les cas de force majeure.

5 - Conditions générales d'application

5.01 Validité des garanties

Les garanties de la présente convention sont acquises dans les conditions fixées ci-après :

Elles sont acquises pendant la durée du séjour, ayant pour but la pratique des activités FFESSM telles que figurant dans ses statuts et règlement intérieur, qui ne doit pas excéder 90 jours consécutifs ainsi que pendant le trajet du domicile jusqu'au lieu de séjour où ont lieu les activités.

Elles prennent effet à la date du départ et cessent leurs effets de plein droit dès le retour du séjour ou à la date de résiliation de la présente convention.

5.02 Mise en jeu des garanties

L'Assisteur intervient dans le cadre fixé par les lois et règlements nationaux et internationaux.

En cas d'événement nécessitant l'intervention de l'Assisteur, la demande doit être adressée directement :

Axa Assistance +33 1 55 92 22 82

En indiquant le numéro de convention suivant :

Loisir 1 – Loisir 2 – Pro 1 – Pro 2 :

convention N° 080171701

Loisir 3 – Pro 3 :

convention N° 080171702

Top 1 – Top 2 – Top 3 – Pro Top - Pro 1 Top – Pro 2 Top :

convention N° 0801716

Et le N° de contrat XFR0055504LI/RC1F90142

5.03 Accord préalable

L'organisation par le bénéficiaire ou par son entourage de l'une des garanties d'assistance prévue à la présente convention nécessite autant que possible l'accord préalable de l'Assisteur, matérialisé par un numéro de dossier.

5.04 Procédure de déclaration de sinistres au titre des garanties d'assurance (annulation de voyage, interruption de voyage, Bagages, Perte, Vol ou détérioration de bagages)

Sous peine de déchéance, sauf cas fortuit ou de force majeure, vous devez avertir le Service Gestion des Réglements de LAFONT ASSURANCES et faire votre déclaration de sinistre accompagnée de toutes les pièces justificatives **dans les 5 jours ouvrables suivant la date du sinistre.**

Vous devez faire votre déclaration :

EN PRIORITE en ligne sur le site :

<http://www.cabinet-lafont.com/declarerunsinistre.asp>

courriel : contact@lafont-assurances.com

À défaut par télécopie au : **+ 33 (0) 4 68 35 11 05**

À défaut par courrier recommandé

avec avis de réception

À défaut par téléphone au : **+ 33 (0) 4 68 35 22 26**

Cet envoi doit être adressé à :

LAFONT ASSURANCES

Centre de Services

Zone d'Activités Mixte du Moulinas

2, rue du Moulinas - 66330 CABESTANY

Passé ce délai, si AXA CORPORATE SOLUTIONS subit un quelconque préjudice du fait de votre déclaration tardive, vous perdez tout droit à indemnité.

Toute déclaration non conforme aux dispositions prévues dans les garanties d'assurance entraîne la déchéance à tout droit de remboursement.

Si nécessaire, le gestionnaire du dossier se réserve le droit de vous soumettre, à ses frais, à un contrôle médical par lettre recommandée avec avis de réception.

AXA CORPORATE SOLUTIONS se réserve la faculté, le cas échéant, de réclamer des pièces complémentaires.

5.05 Déchéance des garanties

Le non-respect par le bénéficiaire de ses obligations envers AXA CORPORATE SOLUTIONS en cours de contrat entraîne la déchéance de ses droits tels que prévus à la présente convention.

6- Cadre juridique

6.01 Délai de prescription

Conformément aux dispositions prévues par l'article L.114-1 du Code des assurances, il est rappelé que toute action dérivant du présent contrat est prescrite par deux ans.

Ce délai commence à courir du jour de l'événement qui donne naissance à cette action. Toutefois, ce délai ne court :

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

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

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance 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.
- 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.

6.02 Audit

L'Assureur pourra à tout moment, sous réserve d'un préavis de 15 jours, contrôler la bonne application des dispositions du contrat d'assurance. Le Souscripteur mettra à disposition de l'Assureur toutes pièces ou documents administratifs ou comptables, liés au fonctionnement du contrat d'assurance, ceci afin d'en permettre le contrôle.

6.03 Subrogation

Conformément aux dispositions de l'article L.121-12 du Code des assurances, la Compagnie est subrogée, jusqu'à concurrence de l'indemnité versée par elle, dans les droits et actions de l'Assuré à l'égard des Tiers.

6.04 Traitement des réclamations

Pour toute demande ou réclamation relative à un différend de l'Assuré envers l'Assureur, portant sur la conclusion ou l'exécution du contrat y compris dans le règlement d'un sinistre, l'Assuré contacte dans un premiers temps, par téléphone ou par écrit, son interlocuteur habituel auprès d'AXA Corporate Solutions Assurance.

Par la suite, si une incompréhension subsiste, l'Assuré peut adresser sa réclamation en précisant le numéro de contrat et/ou de sinistre au Service Réclamation Client en écrivant à l'adresse suivante :

LAFONT ASSURANCES S.A.S.
Service Réclamation Client
Z.A.M. du Moulinas – 2 rue du Moulinas
66330 CABESTANY

La situation de l'Assuré sera étudiée avec le plus grand soin et une réponse lui sera adressée dans un délai de quinze (15) jours ouvrés à compter de la réception de la réclamation sauf survenance de circonstances particulières (qui peuvent comprendre le cas de complexité d'un dossier). Dans ce dernier cas, l'Assureur avisera l'Assuré de ce que ce délai ne peut être respecté.

Enfin, en cas de persistance du litige, l'Assuré pourra faire appel au Médiateur compétent pour le Groupe AXA, personnalité indépendante, dont les coordonnées lui sont communiquées par le « Service Réclamation Client » dans son courrier de réponse. Ce recours est gratuit.

Le Médiateur formulera un avis dans le délai de trois (3) mois à compter de sa saisine par l'Assuré. Son avis ne s'impose pas, l'Assuré conserve toute liberté pour saisir éventuellement le tribunal français compétent.

6.05 Autorité de contrôle

L'autorité chargée du contrôle de l'Assureur est :

L'Autorité de Contrôle Prudentiel
et de Résolution (ACPR)
61 rue Taitbout - 75009 Paris.

6.06 Droit applicable

Le présent contrat est régi par le droit français. Les parties contractantes déclarent se soumettre à la juridiction des Tribunaux français et renoncent à toute procédure dans tout autre pays.

6.07 Clause sanction

Les garanties définies dans le présent contrat seront réputées sans effet lorsque l'octroi de ces garanties exposera l'Assureur à des sanctions, interdictions ou restrictions prises dans le cadre de résolutions de l'ONU ou de sanctions commerciales ou économiques, lois et règlements de l'Union Européenne, du Royaume Uni ou des Etats-Unis d'Amérique.

6.08 Lutte contre le blanchiment

Afin d'être une référence en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux, AXA Corporate Solutions Assurance s'engage à combattre le blanchiment des capitaux, qu'elle qu'en soit l'origine ou la finalité : actes délictueux ou criminels, dans les conditions et suivant les procédures établies dans la « Charte relative à la lutte contre le blanchiment des capitaux » du Groupe AXA.

À ce titre, AXA Corporate Solutions Assurance s'engage à respecter les règles générales relatives à la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, telles que résultant de l'ordonnance n°2009-104 (JO du 31 janvier 2009) transposant la Directive du Parlement Européen et du Conseil du 26 octobre 2005 relative à la prévention de l'utilisation du système financier aux fins de blanchiment de capitaux et du financement du terrorisme.

Ainsi, AXA Corporate Solutions Assurance exercera la plus grande vigilance, quelle que soit la transaction et à quelque niveau que ce soit sur les marchés mondiaux, tant dans le cadre des produits et services qu'il distribue directement ou par l'intermédiaire de canaux de distribution associés que, dans le cadre des produits et services fournis par des tiers et distribués par AXA Corporate Solutions Assurance.

6.09 Informatique et libertés

Les informations personnelles concernant les Assurés recueillies lors de la souscription sont nécessaires au traitement de la demande de souscription. Elles pourront être communiquées aux tiers intervenant dans la souscription, la gestion et l'exécution du contrat.

L'Assuré peut demander communication et rectification de toute information le concernant auprès de la société, munis d'une pièce d'identité, en précisant ses nom, prénom, adresse et si possible sa référence client :

LAFONT ASSURANCES S.A.S.
Z.A.M. du Moulinas – 2 rue du Moulinas
66330 CABESTANY

Il peut également s'opposer à ce que ses coordonnées et ses données non sensibles, qui peuvent être transmises à d'autres sociétés du Groupe AXA, ainsi qu'à d'autres sociétés ou associations, soient utilisées à des fins de prospection commerciale, par simple lettre envoyée à l'adresse mentionnées ci-dessus.

Par ailleurs, en respect de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée et le décret du 20 octobre 2005 modifié pris pour l'application de la loi n°78-17 relative à l'informatique et aux libertés, il est précisé que les données personnelles sont susceptibles d'être transférées en Inde et au Maroc.

Les destinataires des données sont les sociétés AXA Assistance Maroc Services, située au Maroc, et AXA Business Services, située en Inde. Ces sociétés ont signé les clauses contractuelles types établies par la Commission Européenne, avec le responsable de traitement.