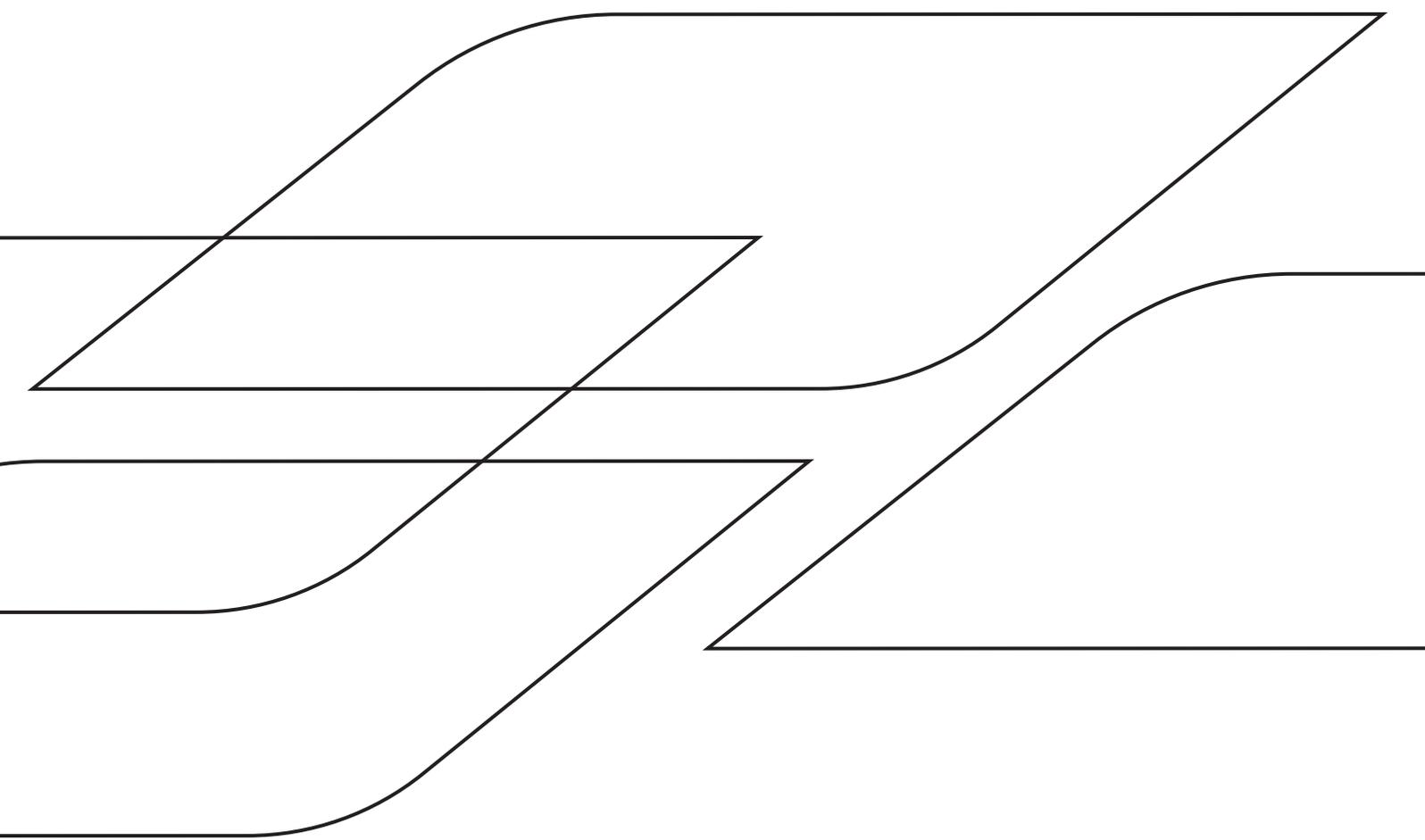


Generali Protection Individuelle Accident

Dispositions générales



Sommaire

1. Introduction	5
2. Glossaire	5
3. Les garanties	6
3.1 Décès suite à accident	6
3.1.1 Ce qui est garanti	6
3.2 Invalidité permanente suite à accident	6
3.2.1 Ce qui est garanti	6
3.3 Indemnités journalières suite à accident	7
3.3.1 Ce qui est garanti	7
3.3.2 Ce qui est exclu	7
3.4 Montant maximum garanti par évènement	7
3.5 Gestion de crise	7
3.5.1 Ce qui est garanti	7
3.5.2 Ce qui est exclu	7
4. Application de la garantie dans l'espace	8
5. Exclusions communes à toutes les garanties	8
6. Le sinistre	8
6.1. Les obligations de l'Assuré	8
6.1.1 Les délais de déclaration du sinistre	8
6.1.2 Selon quelles modalités	9
6.1.3 Les renseignements à transmettre à l'Assureur	9
6.2 Évaluation des préjudices indemnisables	9
6.2.1 Expertise médicale et contrôle	9
6.2.2 La détermination des indemnités	9
6.3 Règlement	10
6.3.1 Délai de paiement de l'indemnité	10
6.3.2 Acomptes	10
6.4 Subrogation	10
7. Les garanties d'assistance	11
7.1 Généralités	11
7.1.1 Objet	11
7.1.2 Définitions	11
7.2 Conditions et modalités d'application de la convention d'assistance	12
7.2.1 Validité et durée des garanties	12
7.2.2 Conditions d'application	12
7.2.3 Titres de transport	12
7.2.4 Nature des déplacements couverts	12
7.2.5 Étendue territoriale	12
7.3 Modalités d'intervention	13
7.4 Prestations d'assistance aux personnes	13
7.4.1 Quelques conseils pour votre déplacement	13
7.4.2 Assistance aux personnes en cas de maladie ou blessure	13
7.4.3 Frais médicaux	14
7.4.4 Assistance en cas de décès lors d'une mission ou opération événementielle	15
7.4.5 Assistance voyage	15

7.5 Prestations d'assistance aux biens	17
7.5.1 Envoi de dossiers indispensables à la mission (pour les collaborateurs salariés)	17
7.5.2 Assistance téléphonique d'un interprète (à l'étranger uniquement, pour les collaborateurs salariés ou non-salariés)	17
7.5.3 Assistance en cas de vol, perte ou destruction de vos documents d'identité, de vos moyens de paiement ou de vos clés	17
7.6 Assurance bagages et effets personnels	18
7.6.1 Ce que nous garantissons	18
7.6.2 Ce que nous excluons	18
7.6.3 Pour quel montant intervenons-nous ?	18
7.6.4 Comment l'indemnité versée est-elle calculée ?	18
7.6.5 Quelles sont les pièces à fournir en cas de sinistre ?	19
7.6.6 Que se passe-t-il si le bénéficiaire récupère tout ou partie des objets volés couverts par une garantie bagages ?	19
7.6.7 Comment déclarer un sinistre ?	19
7.7 Modalités générales	19
7.7.1 Exclusions	19
7.7.2 Limitations en cas de force majeure ou autres événements assimilés	20
7.7.3 Circonstances exceptionnelles	20
7.7.4 Subrogation	20
7.7.5 Prescription	20
7.7.6 Fausses déclarations	21
7.7.7 Déchéance pour déclaration frauduleuse	21
7.7.8 Cumul des garanties	21
7.7.9 Réclamations – Litiges	21
7.7.10 Autorité de contrôle	21
7.7.11 Protection des données personnelles	21
7.7.12 Droit d'opposition des consommateurs au démarchage téléphonique	22
7.8 Annexes : tableaux de garanties et des franchises	23
8. La vie du contrat	25
8.1 Formation - Durée - Résiliation	25
8.1.1 Effet du contrat	25
8.1.2 Durée du contrat	25
8.1.3 Résiliation du contrat	25
8.2 Les déclarations et leurs conséquences	26
8.2.1 Déclarations de l'Assuré	26
8.2.2 Conséquences des déclarations non-conformes	26
8.3 Modification du contrat	26
8.3.1 Par suite de modification du risque	26
8.3.2 Modification à l'initiative de l'assureur	27
8.4 La cotisation	27
8.4.1 Variation de la cotisation	27
8.4.2 Modification du tarif	27
8.4.3 Paiement de la cotisation	27
8.4.4 Paiements par prélèvement	27
8.4.5 Paiement par prélèvement	28
8.4.6 Résiliation du contrat en cours de période d'assurance	28
8.5 Prescription	28
8.6 Dispositions diverses	28
8.7 L'information de l'Assuré	29
8.7.1 Examen des réclamations	29
8.7.2 Médiation	29
8.7.3 Informations sur le traitement des données personnelles de l'Assuré	29

1. Introduction

Le contrat se compose des éléments suivants :

- **Les Dispositions Particulières** qui énoncent les éléments personnels du contrat et les déclarations du Souscripteur*. Elles comprennent également les montants des garanties souscrites et des franchises* qui précisent la limite de l'engagement de l'Assureur, c'est-à-dire le montant maximal des indemnités que l'Assureur peut verser en cas de sinistre*, ainsi que les franchises*.
- **Les Dispositions Générales** qui comportent le contenu des garanties, leur application dans l'espace et dans le temps, les exclusions, les modalités d'indemnisation, les obligations de l'Assuré* et du Souscripteur* ainsi que le fonctionnement du contrat.

Les garanties décrites aux Dispositions Générales peuvent s'appliquer sous réserve qu'elles figurent en tant que garanties souscrites aux Dispositions Particulières.

L'Assureur des garanties d'assurance est GENERALI IARD, SA au capital de 94 630 300 euros - Entreprise régie par le Code des assurances, immatriculée au RCS de Paris sous le numéro 552 062 663 et ayant son siège au 2 rue Pillet-Will - 75009 Paris, Société appartenant au Groupe Generali immatriculé au registre italien des sociétés d'assurance sous le numéro 026.

L'assureur des garanties d'assistance est EUROP ASSISTANCE France, Société Anonyme au capital de 48 123 637 euros, entreprise régie par le Code des assurances, immatriculée au registre du commerce et des sociétés de Paris sous le numéro 451 366 405, sise 2 rue Pillet-Will, 75009 Paris.

En cas de divergence entre les Dispositions Générales et les Dispositions Particulières, les Dispositions Particulières prévalent.

Le contrat est régi par le Droit Français et notamment par le Code des assurances à l'exception, lorsque les risques assurés sont situés dans les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle, des dispositions des articles L191-7, L192-2 et L192-3 du Code des assurances qui ne s'appliquent pas au présent contrat.

Tout litige né du présent contrat est régi par le droit français et relève exclusivement de la compétence des tribunaux français.

Autorité de contrôle

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

L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR)
4 place de Budapest
CS 92459
75436 Paris Cedex 09

2. Glossaire

Les termes suivis d'un * dans les présentes Dispositions Générales sont définis au glossaire de la manière suivante :

A

ACCIDENT

Est considéré comme accident toute action, réaction ou résistance d'un élément extérieur à l'Assuré* et résultant d'un événement soudain, imprévu et extérieur à ce dernier, ou involontaire et entraînant un préjudice corporel.

Sont également considérés comme accident :

- L'électrocution, l'hydrocution, la noyade,
- Les gelures, les insolations ou l'asphyxie survenant par suite d'un élément extérieur,
- L'empoisonnement, l'intoxication due à l'absorption par erreur de substances vénéneuses ou corrosives ou d'aliments avariés.

Les lésions internes telles que hernies, accidents cardio-vasculaires, sont assimilées à des atteintes corporelles garanties à la condition qu'elles résultent d'un choc provoqué par un agent extérieur à l'Assuré*

ASSURÉ

Les personnes ou catégories de personnes désignées comme telles aux Dispositions Particulières.

Sauf dérogation mentionnée aux Dispositions Particulières, les personnes âgées de 70 ans ou plus lors de la souscription de la garantie ne peuvent avoir la qualité d'Assuré.

B

BÉNÉFICIAIRES

Les bénéficiaires du capital en cas de décès sont :

- Le conjoint de l'Assuré* non séparé de corps ou de fait, ou la personne vivant maritalement avec lui, ou son partenaire dans le cadre du Pacte Civil de Solidarité (PACS),
- À défaut, les enfants nés ou à naître de l'Assuré*, vivants ou représentés, par parts égales entre eux,
- À défaut, les héritiers de l'Assuré*.

C

CONSOLIDATION (DATE DE)

Suite à l'accident* garanti, date à partir de laquelle l'état de santé de l'Assuré* est reconnu par l'Assureur comme ne pouvant plus être amélioré par traitement compte tenu des connaissances scientifiques et médicales.

Cette date est fixée conformément aux dispositions prévues au paragraphe « Expertise médicale » du chapitre 5 « LE SINISTRE ».

E

ÉCHÉANCE ANNIVERSAIRE

Date qui marque le début d'une période annuelle d'assurance. Elle figure aux Dispositions Particulières.

ÉTAT ANTÉRIEUR

L'état antérieur est constitué des antécédents médicaux, chirurgicaux ou traumatiques d'un patient, ainsi que des facteurs de vulnérabilité qu'il peut présenter et des facteurs de risques qui peuvent être identifiés.

F

FRANCHISE

Partie de l'indemnité restant à la charge de l'Assuré* lors d'un sinistre*.

FRANCHISE RELATIVE D'INVALIDITÉ

Taux d'invalidité éventuellement choisi à la souscription du contrat, pour lequel et au-dessous duquel la garantie n'intervient pas.

Si l'invalidité est supérieure à ce taux, aucune franchise* ne sera alors appliquée.

FRAIS D'OBSÈQUES ET DE SÉPULTURE

Frais d'obsèques et de sépulture de l'Assuré* assumés par les proches de la victime à la suite de son décès et qui ont fait l'objet d'une facture.

I

INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE

État de la victime d'un accident* garanti, se traduisant par une impossibilité médicale temporaire totale d'exercer l'activité qu'il exerce pour le compte du souscripteur*.

Si l'Assuré* n'exerce pas une activité pour le compte du souscripteur*, c'est la période durant laquelle il est hospitalisé qui sera prise en compte.

INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE

L'invalidité est dite « permanente » lorsque l'atteinte à l'intégrité physique et/ou psychique (AIPP), suite à un accident* garanti, se traduit par une réduction définitive (après consolidation), médicalement constatable, du potentiel physique, psychosensoriel et/ou intellectuel, résultant de l'atteinte à l'intégrité anatomo-physiologique, à laquelle s'ajoutent les souffrances physiques et psychiques permanentes, la perte de qualité de vie et des troubles dans les conditions d'existence au quotidien (personnelles, familiales et sociales).

S

SINISTRE

Le sinistre est constitué par l'ensemble des dommages résultant d'un même événement garanti.

SOUSCRIPTEUR

La personne physique ou morale qui souscrit le contrat pour son compte et/ou pour le compte d'autrui. Il est responsable de la déclaration du risque et des obligations définies au contrat.

3. Les garanties d'assurance

Ce contrat a été conçu pour protéger les assurés* des conséquences d'un accident* survenu dans le cadre du champ d'application des garanties mentionnées aux dispositions particulières.

Sauf mention contraire aux Dispositions Générales ou aux Dispositions Particulières, l'indemnisation de l'Assureur se limitera à la prise en charge des conséquences d'un accident*.

Les garanties ci-après peuvent s'appliquer sous réserve qu'elles soient mentionnées comme souscrites aux Dispositions Particulières du contrat.

3.1 Décès suite à accident

> 3.1.1 Ce qui est garanti

Pour tout Assuré* de plus de douze ans, le versement d'un capital en cas de décès de l'Assuré* lorsque l'accident* garanti entraîne son décès, y compris si le décès consécutif à cet accident* garanti survient dans une période de deux ans à partir la date de l'accident*.

Le capital est versé aux bénéficiaires*.

Si la victime est âgée de moins de douze ans ou qu'elle a le statut de majeur sous tutelle ou qu'elle est placée dans un établissement psychiatrique d'hospitalisation, le versement du capital garanti sera remplacé par le remboursement des seuls frais d'obsèques et de sépulture*, dans la limite d'un plafond maximum de 10 000 euros et déduction faite des versements perçus au titre d'autres organismes.

Si le décès est consécutif à un accident* qui a donné lieu au versement d'un capital au titre de la garantie « Invalidité Permanente suite à accident », l'Assureur versera aux bénéficiaires*, si le décès survient moins de deux ans après l'accident*, le montant complémentaire éventuellement dû jusqu'à concurrence du capital garanti en cas de décès.

La disparition sans nouvelles de l'Assuré* peut être assimilée au décès à l'expiration d'un délai de 12 mois suivant la déclaration de sa disparition auprès des autorités compétentes et ce, sur constat judiciaire de la présomption d'absence.

Frais d'obsèques et/ou de sépulture*

Un versement complémentaire au titre des frais d'obsèques et de sépulture*, à concurrence des frais réellement déboursés, déduction faite des versements perçus au titre d'autres organismes, et du montant prévu aux Dispositions Particulières. Le bénéficiaire de cette garantie est la personne physique ou les personnes physiques qui ont supporté les frais d'obsèques. Ce remboursement s'effectuera sur présentation des factures justificatives.

3.2 Invalidité permanente suite à accident

> 3.2.1 Ce qui est garanti

Le versement d'un capital lorsque l'accident* garanti entraîne une invalidité permanente totale ou partielle*.

Le capital est versé par l'Assureur après la date de la consolidation*. Il est déterminé en multipliant le montant du capital mentionné aux Dispositions Particulières par le taux d'invalidité permanente totale ou partielle* déterminé conformément au « barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité permanente du Concours Médical » et à ses conditions d'application.

Si la garantie souscrite prévoit une franchise relative d'invalidité*, celle-ci figure aux Dispositions Particulières et sera appliquée sur le taux résultant du barème ci-dessus.

Aménagement du domicile et/ou du véhicule

En cas d'accident* entraînant une invalidité permanente totale ou une invalidité permanente partielle* supérieure à 33% garantie, l'Assureur remboursera les dépenses que l'Assuré* aurait à engager, déduction faite des versements perçus au titre d'autres organismes, pour aménager son domicile principal et/ou son véhicule automobile personnel en vue de les adapter aux conséquences des handicaps résultant dudit accident* garanti.

Ce remboursement s'effectuera sur présentation des factures justificatives, dans la limite de 10 % du capital garanti au titre de la garantie Invalidité permanente suite à accident, figurant aux Dispositions Particulières, avec un maximum de 20 000 €.

Les dépenses, objet de la présente garantie, pourront être indemnisées à partir du moment où l'expertise médicale établit une invalidité permanente totale ou une invalidité permanente partielle* prévisible supérieure à 33 %. Par la suite, elles doivent être engagées au plus tard dans l'année qui suit la date de consolidation* de l'invalidité permanente totale ou partielle*.

3.3 Indemnités journalières suite à accident

> 3.3.1 Ce qui est garanti

Le versement de l'indemnité journalière mentionnée aux Dispositions Particulières lorsque l'accident* garanti entraîne une incapacité temporaire totale*.

L'indemnité journalière sera versée à la victime pendant la durée de l'incapacité temporaire totale* après une période de franchise* en jours mentionnée aux Dispositions Particulières.

Cependant, ce versement ne pourra aller, pour chaque accident*, au-delà de la durée figurant aux Dispositions Particulières, ni de la date de la consolidation* de l'état de l'Assuré* en cas d'invalidité Permanente totale ou partielle*.

Si l'accident* garanti entraîne une hospitalisation de plus de 3 jours, l'indemnité journalière sera garantie dès le premier jour de l'hospitalisation, dans la limite de la durée maximum mentionnée aux Dispositions Particulières. La garantie s'applique également à l'hospitalisation à domicile telle que définie par le Code de la santé publique et prescrite par un médecin hospitalier.

En dehors de l'Europe Occidentale, la garantie Indemnité Journalière suite à Accident ne joue que pendant la durée d'hospitalisation. L'Europe Occidentale se définit comme l'Europe à l'exclusion de l'Albanie, la Bulgarie, la Hongrie, la Pologne, la Roumanie, les républiques Tchèque et Slovaque et les territoires de l'ex-URSS.

La reprise, même partielle, de ses activités professionnelles, par l'Assuré*, interrompt le versement de l'indemnité journalière.

> 3.3.2 Ce qui est exclu

Sont exclus :

1. Les séjours dans certains établissements spécialisés : maisons de repos, de plein air, de convalescence, de diététique, de retraite, sanatorium, aérium, préventorium, centres de rééducation professionnelle, maisons de retraite et centres ou services de moyen et de long séjour ;
2. Les cures thermales et de thalassothérapie, cures de rajeunissement, de désintoxication, de sommeil ;
3. Les traitements esthétiques exceptée la chirurgie esthétique lorsqu'elle est directement consécutive à un accident* garanti ;
4. Les séjours psychiatriques dans les hôpitaux, cliniques et services.

3.4 Montant maximum garanti par évènement

Si plusieurs Assurés* sont victimes d'un même accident* garanti et que le cumul des capitaux Décès et Invalidité Permanente totale ou partielle* excède le montant maximum global par sinistre* figurant aux Dispositions Particulières, l'engagement global de l'Assureur ne pourra excéder ce montant maximum global, les capitaux étant alors réduits proportionnellement au nombre de victimes.

3.5 Gestion de crise

Si la garantie Gestion de crise est mentionnée comme souscrite aux Dispositions Particulières, en cas de Crise constituant un évènement grave tel que décrit au paragraphe « Ce qui est garanti » ci-dessous, l'Assuré* peut déclencher la garantie Gestion de Crise en appelant le numéro de téléphone suivant, accessible 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 :

- 01 41 85 91 47
- depuis l'étranger, composer le 33 1 41 85 91 47

La gestion des déclarations de sinistres relevant de la garantie Gestion de Crise est déléguée à Europ Assistance, SA au capital de 48 123 637 €, Entreprise régie par le code des assurances, RCS Paris 451 366 405, ayant son siège 2 rue Pillet-Will, 75009 Paris.

En cas de survenance d'une Crise, Europ Assistance organise la mise en relation de l'Assuré* avec le Consultant spécialisé en Gestion de Crise.

> 3.5.1 Ce qui est garanti

En cas de survenance d'un évènement grave, l'Assuré* bénéficie de l'intervention d'un consultant spécialisé en gestion de crise. Par évènement grave, on entend un évènement garanti ayant entraîné :

- Soit un décès lié à cet évènement garanti,
- Soit trois blessés hospitalisés du fait de cet évènement garanti, attestés par les autorités administratives habilitées.

La garantie se limite exclusivement à la prise en charge des honoraires du consultant en gestion de crise et aux préconisations adressées par ses soins, limitées aux prestations suivantes :

- Mise à disposition d'une plate-forme téléphonique,
- Veille sur l'e-réputation du souscripteur,
- Support psychologique (au téléphone) aux victimes,

et ce, dans la limite du plafond maximum de garantie mentionné aux Dispositions Particulières.

> 3.5.2 Ce qui est exclu

Sont exclus :

1. les frais autres que ceux ayant un lien direct avec la crise humaine couverte au titre du contrat ;
2. les frais d'annulation et de remboursement.

4. Application de la garantie dans l'espace

Les garanties du contrat s'exercent pour les accidents survenus :

- en France métropolitaine, dans les principautés d'Andorre et de Monaco ;
- à l'occasion de déplacements en dehors de la France métropolitaine, des principautés d'Andorre et de Monaco sous réserve que la mission* soit d'une durée inférieure à six mois consécutifs.

Ces garanties s'exercent sous réserve des exclusions prévues au paragraphe « Sanctions Internationales » figurant au sein de l'article 5 « Exclusions communes à toutes les garanties » des présentes Dispositions Générales. »

5. Exclusions communes à toutes les garanties

Sont exclus :

1. Les accidents*, ainsi que leurs suites, causés ou provoqués par l'Assuré* ou avec sa complicité.
2. Les accidents*, ainsi que leurs suites, occasionnés par :
 - l'usage de drogues, de stupéfiants ou de produits toxiques, non médicalement prescrits ;
 - l'ivresse, éthylisme ou toxicomanie ;
 - Le suicide ou la tentative de suicide de l'Assuré* ;
 - la participation volontaire de l'Assuré* à un crime, un délit, à un acte de vandalisme, une agression, une émeute, un attentat, un acte de terrorisme ou de sabotage, à un mouvement populaire ou à une rixe ne relevant pas d'un cas de légitime défense ou d'assistance à personne en danger ;
 - des faits de guerre civile ou étrangère.
3. Les accidents*, ainsi que leurs suites, subis lors de la conduite par l'Assuré* d'un véhicule à moteur sous l'empire d'un état alcoolique tel que défini par la réglementation en vigueur, ou sous l'emprise de stupéfiants ou substances non prescrites médicalement.
4. Les accidents*, ainsi que leurs suites, subis lors de l'utilisation de tout appareil de navigation aérienne, sauf en qualité de passager non rémunéré sur les lignes exploitées par les Compagnies agréées pour le transport public de personnes.
5. Les accidents* ainsi que leurs suites :
 - dus à des rayonnements ionisants émis de façon soudaine ou fortuite par des combustibles nucléaires ou par des produits ou déchets radioactifs provenant de réacteurs ;

- causés par des armes ou engins destinés à exploser par modification de structure du noyau d'atome ;
- dus aux effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation, provenant de transmutation de noyaux d'atomes ou de la radioactivité, ou de radiations provoquées par l'accélération artificielle de particules ;
- 6. Les accidents*, ainsi que leurs suites, occasionnés au cours de l'exercice de métiers appartenant à l'un des secteurs d'activités suivants : armée, police, forces de maintien de l'ordre ou aviation civile (personnel navigant) ;
- 7. Les accidents*, ainsi que leurs suites, occasionnés par la pratique, par l'Assuré*, d'un sport à titre professionnel ainsi que par sa participation à des épreuves de vitesse, des essais ou des compétitions nécessitant l'utilisation d'engins à moteur.
- 8. Tous dommages causés ou provoqués par une maladie contagieuse et ayant donné lieu à la mise en place ou à l'application de mesures spécifiques, sanitaires ou autres, par toute autorité nationale compétente.

Sanctions internationales

L'assureur ne sera tenu à aucune garantie, ne fournira aucune prestation et ne sera obligé de payer aucune somme au titre du présent contrat dès lors que la mise en œuvre d'une telle garantie, la fourniture d'une telle prestation ou un tel paiement l'exposerait à une sanction, prohibition ou restriction résultant d'une résolution de l'Organisation des Nations Unies, et/ou aux sanctions économiques ou commerciales prévues par les lois et/ou règlements édictés par l'Union Européenne, la France, le Royaume-Uni et les États-Unis d'Amérique ou par tout autre droit national applicable au présent contrat prévoyant de telles mesures.

6. Le sinistre

6.1 Les obligations de l'Assuré

> 6.1.1 Les délais de déclaration du sinistre

En cas de sinistre, le Souscripteur* a la possibilité de le déclarer en contactant :

- Europ Assistance France au numéro de téléphone figurant aux Dispositions Particulières
- par écrit à l'Assureur ou à l'intermédiaire désigné aux Dispositions Particulières.

Le Souscripteur* doit :

- effectuer sa déclaration dans un délai de **5 jours ouvrés** à partir du moment où il en a eu connaissance et dans un délai de 30 jours ouvrés en cas de décès ;
- déclarer à l'Assureur, dans les 10 jours suivants la déclaration de la survenance de l'événement assuré, toutes autres assurances à **caractère indemnitaire** qui peuvent permettre la réparation de préjudices garantis par le présent contrat ;
- transmettre dès réception à l'Assureur tous avis, correspondances ou actes judiciaires se rapportant au sinistre.

La déclaration mentionnera :

- le numéro du présent contrat ;
- la date de l'accident*.

Si ces délais ne sont pas respectés, sauf cas fortuit ou de force majeure, la garantie ne sera pas acquise, dès lors que le retard aura causé un préjudice à l'Assureur.

> 6.1.2 Selon quelles modalités

Soit par écrit, soit verbalement contre récépissé, au Siège ou chez le Représentant de la Compagnie dont l'adresse figure aux Dispositions Particulières.

> 6.1.3 Les renseignements à transmettre à l'Assureur

L'Assuré* doit fournir à l'Assureur tous les renseignements sur la date, le lieu, les causes et circonstances de l'accident*, ainsi que les conséquences connues ou supposées :

- les nom, prénom, date de naissance et domicile de l'Assuré*,
- sa qualité à l'égard du souscripteur* lui permettant de bénéficier des garanties souscrites par ce dernier,
- les noms et adresses des témoins, ou de l'auteur de l'accident*, s'il y a lieu,
- tous les documents tels que certificats médicaux, arrêts de travail, etc. nécessaires à l'évaluation du sinistre* et au calcul des sommes que l'Assureur pourrait être amené à verser, sous pli confidentiel à l'attention du service médical de l'Assureur,
- le rapport de police ou de gendarmerie, s'il y a lieu, ainsi que tous documents nécessaires à l'instruction du dossier.

En cas de décès, le ou les bénéficiaires* doivent adresser à l'Assureur l'acte de décès, une photocopie du livret de famille, un certificat médical précisant la cause du décès et, si besoin, l'origine de cette cause, une copie du rapport de police ou de gendarmerie.

Si l'Assuré* ou les bénéficiaires* ne respectent pas tout ou partie des obligations ci-dessus, sauf cas fortuit ou de force majeure, l'Assureur serait en droit de lui réclamer une indemnité égale au préjudice qui en sera résulté pour lui.

6.2 Évaluation des préjudices indemnisables

> 6.2.1 Expertise médicale et contrôle

Examen et contrôle

L'Assureur se réserve le droit, à ses frais et par un médecin de son choix, de faire examiner l'Assuré*.

Sauf opposition justifiée, l'Assuré* s'engage à se soumettre à cet examen médical et à fournir à l'Assureur tous les éléments nécessaires à l'appréciation de son dossier. Si l'Assuré* le désire, il peut se faire accompagner par un médecin de son choix.

Expertise médicale

En cas de contestation d'ordre médical, le différend est soumis à une expertise amiable, avant tout recours à la voie judiciaire.

Chacune des parties choisit un médecin expert devant régler le différend. En cas de désaccord, ils s'adjoignent un troisième expert et tous trois opèrent en commun et à la majorité des voix. Chaque partie paie les honoraires de son expert. Les honoraires du tiers médecin sont supportés à charge égale par les deux parties.

Dans l'opération d'expertise, l'Assureur suppose que la victime a suivi un traitement médical normal. S'il en était autrement, les conclusions seraient établies en fonction des conséquences qu'aurait eu le sinistre* sur une personne ayant suivi un traitement médical adapté à sa pathologie.

> 6.2.2 La détermination des indemnités

Décès

La preuve du décès est apportée par la production d'un acte de décès.

En cas de disparition de l'Assuré*, la preuve de la disparition est apportée par la production d'un jugement déclaratif de décès. Le capital Décès correspond alors au montant figurant aux Dispositions Particulières au jour de la date présumée de la disparition.

Dans ce dernier cas, s'il s'avère, à quelque moment que ce soit après le versement aux bénéficiaires* du capital Décès, que l'Assuré* est encore vivant, toute somme versée au titre de la garantie Décès doit être intégralement remboursée à l'Assureur.

Versement complémentaire au titre des frais d'obsèques et de sépulture* : il est versée au profit de la personne qui a réglé, ou des personnes qui ont réglés, les frais affectés exclusivement au financement des services et prestations funéraires et qui le justifie.

Invalidité permanente totale ou partielle

Le capital ne pourra être versé avant la date de consolidation*.

Si la consolidation* n'est pas intervenue un an après l'accident* et si l'invalidité prévisible est égale ou supérieure à 66 %, l'Assureur versera un acompte égal à la moitié de l'indemnité, acompte qui restera acquis à l'Assuré*.

Le taux d'Invalidité Permanente totale ou partielle* est déterminé conformément aux Conditions d'Application du « barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité permanente du Concours Médical ».

L'indemnité sera calculée en tenant compte uniquement des conséquences de cet accident à l'exclusion de celles liées à l'état antérieur*.

Si la garantie comporte une franchise relative d'invalidité*, celle-ci figure aux Dispositions Particulières et l'Assureur en fera l'application.

Aménagement du domicile et/ou du véhicule

L'Assureur se réserve le droit de solliciter un expert pour établir le bien fondé des aménagements effectués à l'égard de la nature de l'invalidité permanente totale ou partielle* de l'Assuré*.

Le versement de l'indemnité s'effectue sur présentation des factures justificatives.

Incapacité temporaire totale

Le versement de l'indemnité journalière intervient, le cas échéant, après un délai de franchise*, exprimé en nombre de jours consécutifs. Si un délai de franchise* a été prévu à la souscription du contrat, il figure aux Dispositions Particulières. Le versement n'est alors effectué que pour la période excédant la durée de la franchise*.

Rechutes

Si dans les trois mois qui suivent la fin d'une incapacité temporaire totale*, l'Assuré* devait interrompre son activité à cause des conséquences du même accident*, l'Assureur considérerait cette nouvelle incapacité temporaire totale* comme la continuation de la première : la durée de cette nouvelle incapacité temporaire totale* s'ajouterait à la précédente, sans application de la franchise* éventuellement prévue au contrat et sans que le nombre total de jours donnant lieu au versement des indemnités puisse dépasser la durée de versement indiquée aux Dispositions Particulières au moment de l'accident*.

En revanche, si après un délai supérieur à 3 mois, le même accident* entraîne une incapacité temporaire totale*, cette dernière sera considérée comme une nouvelle incapacité temporaire totale*.

De même, l'Assureur considérerait comme une nouvelle incapacité temporaire totale* une deuxième incapacité temporaire totale* due à un nouvel accident* et ce, quel que soit le délai qui sépare ces deux incapacités temporaires*.

Dans les deux cas ci-dessus, la franchise* éventuellement prévue aux Dispositions Particulières sera à nouveau appliquée et la durée maximum du versement serait la durée prévue aux Dispositions Particulières.

Hospitalisation

Rechutes

Si dans les trois mois qui suivent la fin d'une hospitalisation, l'Assuré* devait subir une nouvelle hospitalisation à cause des conséquences du même accident*, l'Assureur considérerait cette nouvelle hospitalisation comme la continuation de la première : la durée de cette nouvelle hospitalisation s'ajouterait à la précédente, sans application de la franchise* éventuellement prévue au contrat et sans que le nombre total de jours donnant lieu au versement des indemnités puisse dépasser la durée maximum de versement garantie au moment de l'accident*.

En revanche, si après un délai supérieur à 3 mois, le même accident* entraîne une hospitalisation, cette dernière sera considérée comme une nouvelle hospitalisation.

En cas de désaccord

En cas de désaccord sur les conclusions du médecin expert désigné par l'Assureur, le différend est soumis à une expertise amiable avant tout recours à la voie judiciaire.

L'Assuré* et l'Assureur choisissent chacun un médecin expert devant régler le différend.

À défaut d'accord entre eux, ceux-ci s'adjoignent un troisième expert et tous trois opèrent en commun et à la majorité des voix.

À défaut de nomination d'un expert par l'Assuré* ou par l'Assureur dans les 15 jours de la mise en demeure par l'autre partie, ou à défaut d'accord entre les médecins experts sur le nom du tiers expert, la désignation est effectuée par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de la victime.

Cette nomination est faite sur simple requête signée des deux parties ou d'une seulement, l'autre partie ayant été convoquée par lettre recommandée.

Les trois médecins opèrent en commun et à la majorité des voix.

Chaque partie paie les frais et honoraires de son représentant.

Les honoraires du tiers expert sont supportés à parts égales par les deux parties.

6.3 Règlement

> 6.3.1 Délai de paiement de l'indemnité

L'Assureur s'engage à régler l'indemnité qui est due dans les trente jours qui suivent son accord amiable ou une décision judiciaire exécutoire.

> 6.3.2 Acomptes

Garantie Incapacité temporaire totale* :

Pour toute incapacité temporaire totale* supérieure à 30 jours, l'Assureur pourra, sur demande de l'Assuré*, verser des acomptes.

Garantie Hospitalisation :

Pour toute hospitalisation* supérieure à 30 jours, l'Assureur pourra, sur la demande de l'Assuré*, lui verser des acomptes.

6.4 Subrogation

Conformément à la réglementation en vigueur, l'Assureur est subrogé, jusqu'à concurrence des indemnités versées, dans les droits et actions de l'Assuré* ou des bénéficiaires contre tout responsable de l'accident et son Assureur à hauteur des sommes que l'Assureur a versé au titre du présent contrat.

La garantie ne jouera plus en faveur de l'Assuré* ou celle des bénéficiaires* si, de leur fait, l'Assureur ne peut plus exercer ce recours pour récupérer les indemnités déjà versées.

7. Les garanties d'assistance

7.1 Généralités

> 7.1.1 Objet

La présente convention d'assistance GENERALI ASSISTANCE PROTECTION CORPORELLE a pour objet de préciser les droits et obligations réciproques d'EUROP ASSISTANCE et des Bénéficiaires définis ci-après.

> 7.1.2 Définitions

Accident (de la personne)

Un événement soudain et fortuit atteignant le Bénéficiaire, non intentionnel de la part de ce dernier, provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure.

Bénéficiaire

Désigne :

- **Tout collaborateur** ainsi que son Conjoint, lorsqu'il accompagne ce dernier dans le cadre d'une Mission et dont le déplacement est pris en charge financièrement par le Souscripteur,
- **Tout intervenant** ainsi que son Conjoint, lorsqu'il accompagne ce dernier dans le cadre d'une Mission et dont le déplacement est pris en charge financièrement par le Souscripteur,
- **Tout Visiteur** pour la durée de l'Opération événementielle et/ou lorsqu'il se trouve dans les Locaux du Souscripteur.

Biens

Désigne les bagages, leur contenu et effets personnels du Bénéficiaire et que ce dernier détient pendant la Mission et/ou l'Opération événementielle.

Blessure

Désigne la lésion corporelle médicalement constatée atteignant le Bénéficiaire, provenant de l'action violente, soudaine et imprévisible d'une cause extérieure, y compris causée par un Accident.

Collaborateur

Désigne toute personne, ayant son Domicile en France :

- qui justifie de son lien avec le Souscripteur par la conclusion d'un contrat de travail ou lié à une association par l'adhésion aux statuts et au règlement intérieur de cette association ;
- et étant dans le cadre d'une Mission ou d'une Opération événementielle.

Conjoint

Désigne l'époux (épouse) ou partenaire de PACS ou concubin notoire du Collaborateur ou de l'Intervenant, vivant habituellement sous le même toit, lorsqu'il accompagne ce dernier dans le cadre d'une Mission ou d'une Opération événementielle et dont le déplacement est pris en charge financièrement par le Souscripteur.

Domicile

Désigne le lieu de résidence principale et habituelle du Bénéficiaire. Son adresse figure sur son dernier avis d'imposition sur le revenu.

Étranger

Désigne le monde entier, à l'exception de la France et des pays relevant d'une exclusion telle que décrit au titre 7.2.5 Etendue territoriale.

EUROP ASSISTANCE

Désigne EUROP ASSISTANCE, Société anonyme au capital de 48 123 637 euros, Entreprise régie par le Code des assurances, immatriculée au registre du commerce et des sociétés de Paris sous le numéro 451 366 405, sise 2 rue Pillet-Will, 75009 Paris.

Dans la présente convention d'assistance, EUROP ASSISTANCE, est remplacé par le terme « Nous ».

Évènement

Désigne toute situation prévue par la présente convention d'assistance à l'origine d'une demande d'intervention auprès d'EUROP ASSISTANCE.

Filiale

Désigne une entreprise dont le siège social est situé en France, dont plus de 50 % du capital a été formé par des apports réalisés par l'entreprise souscriptrice, sa « société mère », et qui en assure généralement la direction, l'administration et le contrôle, au sens de l'article L233-3 du Code de Commerce, par l'intermédiaire d'une ou de plusieurs personnes, administrateurs ou gérants qu'elle a désignés.

France

Désigne la France métropolitaine, ainsi que les Principautés de Monaco et Andorre.

Franchise

Désigne la partie du montant des frais restant à la charge du Bénéficiaire.

Hospitalisation

Toute admission d'un Bénéficiaire justifiée par un bulletin d'hospitalisation dans un centre hospitalier (hôpital ou clinique) prescrite par un médecin, consécutive à une Maladie ou à un Accident et comportant au moins une nuit sur place.

Immobilisation

Incapacité physique (totale ou partielle) de se déplacer, certifiée par un médecin, à la suite d'une Maladie ou d'un Accident et requérant le repos en résidence. Elle doit être justifiée par un certificat médical ou, selon la personne bénéficiaire, par un certificat d'arrêt maladie circonstancié.

Intervenant

Désigne toute personne ayant son Domicile en France ou à l'Etranger qui justifie de son lien avec le Souscripteur, par un contrat de prestations ou de bénévolat participant à une Mission ou à une Opération événementielle.

Locaux du souscripteur

Désigne le ou les bureaux, commerces, centres commerciaux, cinémas, salles de spectacle, salles de sport, lieux privés ou publics, intérieurs ou extérieurs, appartenant, pris en location ou privatisés par le Souscripteur ou mis à sa disposition à titre gracieux, situés en France.

Maladie

Désigne l'état pathologique dûment constaté par un docteur en médecine, nécessitant des soins médicaux et présentant un caractère soudain et imprévisible.

Membre de la famille

Désigne : les enfants, la sœur ou le frère (y compris les enfants du conjoint, du partenaire ou du concubin d'un ascendant direct du Bénéficiaire), la mère, le père, la grand-mère, le grand-père, le conjoint, le concubin, la belle-fille, le gendre, la nièce, le neveu, la tante, l'oncle, la belle-mère, le beau-père, la belle-sœur, le beau-frère, les petits-enfants.

Mission

Désigne tout déplacement :

- professionnel, effectué par un Collaborateur ou un Intervenant pour le compte du Souscripteur,
- ou assimilé à un déplacement professionnel dans le cadre d'activité associative,

en France et/ou à l'Étranger.

Une Mission ne peut comprendre le trajet habituel du Collaborateur entre son lieu de Domicile et son lieu de travail ni ses déplacements privés.

Opération événementielle

Désigne la manifestation événementielle et/ou culturelle à laquelle le Souscripteur participe ou qu'il organise dans le cadre de son activité professionnelle/commerciale en France ou à l'Étranger.

Souscripteur

Désigne la personne morale de droit français, ayant son siège social en France, qui souscrit le présent contrat au profit des Bénéficiaires, afin de les couvrir lors d'Opérations événementielles, de Missions ou couvrir des Visiteurs effectuant une Visite dans ses Locaux.

Visite

Désigne tout déplacement du Visiteur dans les Locaux du Souscripteur.

Visiteur

Désigne toute personne physique, résidant en France ou à l'Étranger,

- assistant à une Opération événementielle en France, à titre gratuit ou onéreux,
- ou effectuant une Visite dans les Locaux du Souscripteur.

7.2 Conditions et modalités d'application de la convention d'assistance

> 7.2.1 Validité et durée des garanties

Les garanties s'appliquent :

- Pour les Collaborateurs et les Intervenants, pendant la durée de l'Opération événementielle ou la Mission.
- Pour les Visiteurs, pendant la durée de l'Opération événementielle à laquelle il assiste ou pendant une Visite, sous réserve de la présentation d'un document justifiant de la présence du Visiteur dans les Locaux du Souscripteur.

> 7.2.2 Conditions d'application

Nous intervenons à la condition expresse que l'Événement qui Nous amène à fournir la prestation demeurerait incertain au moment du départ.

Notre intervention ne saurait se substituer aux interventions des services publics locaux ou de tous intervenants auxquels Nous aurions l'obligation de recourir en vertu de la réglementation locale et/ou internationale.

> 7.2.3 Titres de transport

Lorsqu'un transport est organisé et pris en charge en application des clauses du présent contrat, le Bénéficiaire s'engage, soit à Nous réserver le droit d'utiliser les titres de transport qu'il détient, soit à Nous rembourser les montants dont il obtiendra le remboursement auprès de l'organisme émetteur de ce titre.

> 7.2.4 Nature des déplacements couverts

Les prestations d'assistance décrites dans la présente convention s'appliquent :

- pour les Collaborateurs ou Intervenants : en France et à l'Étranger, au cours de toute Mission ou Opération événementielle à plus de 50 km du Domicile,
- pour les Visiteurs : en France au cours de l'Opération événementielle ou au cours d'une Visite à plus de 50 km du Domicile. Dans le cadre des prestations « Frais de recherche et de secours en mer et en montagne » et « Soutien psychologique », cette franchise kilométrique ne s'applique pas pour les Visiteurs.

Le trajet emprunté par les Visiteurs pour :

- **se rendre à une Opération événementielle,**
 - **ou effectuer une visite dans les locaux du Souscripteur,**
- n'est pas couvert.**

> 7.2.5 Étendue territoriale

ASSISTANCE AUX PERSONNES

Monde entier.

ASSISTANCE AUX BIENS

Monde entier.

EXCLUSIONS TERRITORIALES

Sont exclus les pays, qui, à la date de départ en déplacement, sont en état de guerre civile ou étrangère, d'instabilité politique notoire, ou subissant des catastrophes naturelles, des mouvements populaires, émeutes, actes de terrorisme, représailles, restriction à la libre circulation des personnes et des biens (quel qu'en soit le motif, notamment sanitaire, de sécurité, météorologique, etc.), ou désintégration du noyau atomique, ou toute irradiation provenant d'une source d'énergie présentant un caractère de radioactivité.

SANCTIONS INTERNATIONALES

L'assureur ne fournira aucune couverture, ne prendra en charge les prestations et ne fournira aucun service décrit dans la police d'assurance si cela exposerait l'assureur à une sanction, à une interdiction ou à une restriction internationale telle que définie par l'Organisation des Nations Unies, et/ou la France et/ou l'Union européenne, et/ou le Royaume-Uni et/ou les États-Unis d'Amérique. <https://www.europ-assistance.com/en/who-we-are-international-regulatory-information/> (en anglais) ou <https://www.europ-assistance.com/fr/who-we-are-international-regulatory-information/>

À ce titre, et cumulativement avec toute autre exclusion territoriale définie dans le présent document, les prestations ne sont pas fournies dans les pays et territoires suivants : Biélorussie, Corée du Nord, Crimée, la région du Donbass en Ukraine, Iran, Russie, Syrie et Venezuela.

Pour les ressortissants des États-Unis voyageant à Cuba, l'exécution des services d'assistance ou de paiement de prestation est conditionnée à la fourniture de la preuve que le voyage à destination de Cuba respecte les lois des États-Unis. Les ressortissants Américains sont réputés inclure toute personne, où qu'elle se trouve, qui est un citoyen américain ou réside habituellement aux États-Unis (y compris les titulaires d'une carte verte) ainsi que toute société de capitaux, société de personnes, association ou autre organisation, qu'elles y soient constituées ou y exercent des activités qui sont détenuées ou contrôlées par de telles personnes.

7.3 Modalités d'intervention

Il est nécessaire, en cas d'urgence, de contacter les services de secours pour tous problèmes relevant de leurs compétences.

Afin de Nous permettre d'intervenir, Nous recommandons au souscripteur ou au Bénéficiaire de préparer leur appel.

Nous leur demanderons les informations suivantes :

- le nom du Souscripteur, les nom(s) et prénom(s) du Bénéficiaire,
- l'endroit précis où se trouve le Bénéficiaire, l'adresse et le numéro de téléphone où l'on peut le joindre,
- votre numéro de contrat et le numéro de contrat Groupe GENERALI ASSISTANCE PROTECTION CORPORELLE concerné :
58 225 190 pour les Collaborateurs,
58 225 191 pour les Visiteurs,
58 221 192 pour les Intervenants.

Si le Bénéficiaire a besoin d'assistance, le Souscripteur ou le Bénéficiaire doivent :

- Nous appeler sans attendre au n° de téléphone :
 - **01 41 85 91 47**
 - depuis l'Étranger : 33 1 41 85 91 47
- **obtenir notre accord préalable avant de prendre toute initiative ou d'engager toute dépense,**
- se conformer aux solutions que Nous préconisons,
- Nous fournir tous les éléments relatifs au contrat souscrit,
- Nous fournir tous les justificatifs relatifs à la demande d'assistance ainsi que les justificatifs des dépenses dont le remboursement est demandé.

Pour déclarer un sinistre « bagages et effets personnels », reportez-vous au paragraphe 7.6.7 « Comment déclarer un sinistre « bagages et effets personnels ».

Toute dépense engagée sans notre accord ne donne lieu à aucun remboursement ou prise en charge a posteriori.

7.4 Prestations d'assistance aux personnes

> 7.4.1 Quelques conseils pour votre déplacement

Avant de partir

- Vérifiez que votre contrat couvre le ou les Bénéficiaires pour le pays concerné et pour la durée de leur voyage.
- Les Bénéficiaires doivent penser à se munir de formulaires adaptés à la durée et à la nature de leur voyage ainsi qu'au pays dans lequel se rend le ou les Bénéficiaires (il existe une législation spécifique pour l'Espace économique européen). Ces différents formulaires sont délivrés par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie à laquelle est/sont affilié(s) le ou les Bénéficiaires afin de bénéficier, éventuellement, en cas de maladie ou d'accident d'une prise en charge directe de leur(s) frais médicaux par cet organisme.
- Si le ou les Bénéficiaires se déplacent dans un pays qui ne fait pas partie de l'Union Européenne et de l'Espace Economique Européen (EEE), ils doivent se renseigner, avant leur départ, pour vérifier si ce pays a conclu un accord de sécurité sociale avec la France. Pour ce faire, ils doivent consulter leur Caisse d'Assurance Maladie pour savoir s'ils entrent dans le champ d'application de ladite convention et s'ils ont des formalités à accomplir (retrait d'un formulaire...).

Pour obtenir ces documents, ils doivent s'adresser avant leur départ à l'institution compétente et en France, auprès de la Caisse d'Assurance Maladie.

- Si le Bénéficiaire est sous traitement, il devra emporter ses médicaments et les transporter dans ses bagages à mains pour éviter une interruption de traitement en cas de retard ou de perte de bagages ; en effet, certains pays (États-Unis, Israël, etc.) n'autorisent pas les envois de ce type de produits.

Sur place

- Si le Bénéficiaire pratique une activité physique ou motrice à risque ou un déplacement dans une zone isolée dans le cadre de sa Mission, Nous lui conseillons de s'assurer au préalable qu'un dispositif de secours d'urgence a été mis en place par les autorités compétentes du pays concerné pour répondre à une éventuelle demande de secours.
- En cas de perte ou de vol de ses clés, il peut être important d'en connaître les numéros. Prenez la précaution de noter ces références.
- De même, en cas de perte ou de vols des papiers d'identité ou des moyens de paiement du Bénéficiaire, il est plus aisé de reconstituer ces documents si celui-ci a pris la peine d'en faire des photocopies et de noter les numéros de son passeport, carte d'identité et carte bancaire, qu'il conservera séparément.
- À l'entrée dans certains pays, les caractéristiques du véhicule sont enregistrées sur le passeport du Bénéficiaire ou sur un document officiel ; si le Bénéficiaire quitte le pays en laissant son véhicule, il est nécessaire de remplir certaines formalités auprès des douanes (passeport à apurer, importation temporaire, etc.).
- Si le Bénéficiaire est malade ou blessé(e), le Souscripteur ou le Bénéficiaire doivent Nous contacter dans les plus brefs délais, après avoir pris soin de faire appel aux secours d'urgence (SAMU, pompiers, etc.) auxquels Nous ne pouvons nous substituer.
- En cas de panne ou d'accident sur autoroute ou voie rapide, le Bénéficiaire doit utiliser la borne téléphonique la plus proche. Il sera directement relié(e) avec un interlocuteur habilité à déclencher les premiers secours.

Attention

Certaines pathologies peuvent constituer une limite aux conditions d'application du contrat. Nous Vous conseillons de lire attentivement la présente convention d'assistance.

> 7.4.2 Assistance aux personnes en cas de Maladie ou Blessure

Transport / Rapatriement (pour les Collaborateurs, les Intervenants et les Visiteurs)

À la suite d'une Blessure, d'une Maladie, en France ou à l'Étranger, nos médecins se mettent en relation avec le médecin local qui a pris en charge le Bénéficiaire à la suite de l'Événement.

Les informations recueillies auprès du médecin local, et éventuellement auprès du médecin traitant habituel du Bénéficiaire, Nous permettent, après décision de nos médecins, de déclencher et d'organiser, en fonction des seules exigences médicales :

- soit le retour du Bénéficiaire à son Domicile,
- soit son transport, **le cas échéant sous surveillance médicale**, vers un service hospitalier approprié proche de son Domicile,

par véhicule sanitaire léger, ambulance, wagon-lit, train 1^{ère} classe (couchette ou place assise), avion classe économique ou avion sanitaire.

De même, en fonction des seules exigences médicales et sur décision de nos médecins, Nous pouvons déclencher et organiser dans certains cas, un premier transport vers un centre de soins de proximité, avant d'envisager un retour vers une structure proche du Domicile du Bénéficiaire.

Seuls la situation médicale du Bénéficiaire et le respect des règlements sanitaires en vigueur sont pris en considération pour arrêter la décision de transport, le choix du moyen utilisé pour ce transport et le choix du lieu d'hospitalisation éventuel.

IMPORTANT :

Il est, à cet égard, expressément convenu que la décision finale à mettre en œuvre appartient en dernier ressort à nos médecins, et ce afin d'éviter tous conflits d'autorités médicales.

Par ailleurs, dans le cas où le Bénéficiaire refuse de suivre la décision considérée comme la plus opportune par nos médecins, son refus nous décharge de toute responsabilité, notamment en cas de retour par ses propres moyens, ou encore en cas d'aggravation de son état de santé.

Prolongation de séjour (pour les Collaborateurs et les Intervenants)

À la suite d'une Maladie ou d'un Accident survenu au cours de la Mission ou de l'Opération événementielle, le Collaborateur ou l'Intervenant est dans l'obligation de prolonger son séjour sur place au-delà de la date initiale de retour, dans les cas suivants :

• En cas d'Hospitalisation :

Si le Collaborateur ou l'Intervenant est hospitalisé et que nos médecins jugent, à partir des informations communiquées par les médecins locaux, que cette hospitalisation est nécessaire au-delà de sa date initiale de retour, Nous prenons en charge les frais d'hébergement d'un autre Bénéficiaire présent sur le lieu de la Mission ou de l'Opération événementielle (Collaborateur, Intervenant ou Conjoint), **jusqu'à concurrence de 300 € TTC par nuit pendant 10 nuits maximum**, afin qu'il reste auprès du Collaborateur ou Intervenant hospitalisé au-delà de sa date initiale de retour.

• En cas d'Immobilisation :

Si le Collaborateur ou l'Intervenant est immobilisé et que nos médecins jugent, à partir des informations communiquées par les médecins locaux, que cette immobilisation est nécessaire au-delà de sa date initiale de retour, nous prenons en charge les frais d'hébergement du Collaborateur ou de l'Intervenant immobilisé et d'un autre Bénéficiaire présent sur le lieu de la Mission ou de l'Opération événementielle (Collaborateur, Intervenant ou Conjoint), **à concurrence de 300 € TTC par nuit pendant 10 nuits maximum**, afin qu'il reste auprès du Collaborateur ou Intervenant hospitalisé au-delà de sa date initiale de retour.

Dans les deux cas, notre prise en charge cesse à compter du jour où nos médecins jugent, à partir des informations communiquées par les médecins locaux, que le Collaborateur ou l'Intervenant est en mesure de reprendre le cours de sa Mission ou de rentrer à son Domicile, même s'il décide de rester sur place.

Cette prestation n'est pas cumulable avec les prestations Retour d'un accompagnant et Présence d'un proche.

Retour d'un accompagnant Bénéficiaire (pour les Collaborateurs, les Intervenants et les Visiteurs)

Lorsque le Bénéficiaire est rapatrié par nos soins, selon avis de notre service médical, Nous organisons le transport d'un autre Bénéficiaire qui se déplaçait avec le Bénéficiaire rapatrié afin, si possible, de l'accompagner lors de son retour.

Ce transport se fera :

- soit avec le Bénéficiaire rapatrié,
- soit individuellement.

Nous prenons en charge le transport de ce Bénéficiaire, par train 1^{ère} classe ou avion classe économique ainsi que, le cas échéant, les frais de taxi, au départ, pour se rendre du lieu de séjour à la gare ou à l'aéroport, et à l'arrivée, de la gare/aéroport au Domicile.

Cette prestation n'est pas cumulable avec les prestations Prolongation de séjour et Présence d'un proche.

Présence d'un proche (pour les Collaborateurs, les Intervenants et les Visiteurs)

Lorsque le Collaborateur, Intervenant ou Visiteur est hospitalisé ou immobilisé sur le lieu de sa Maladie ou de sa Blessure et que nos médecins jugent, à partir des informations communiquées par les médecins locaux, que son retour ne peut se faire avant 5 jours, Nous organisons et prenons en charge le voyage aller-retour depuis son pays de Domicile par train 1^{ère} classe ou avion classe économique d'une personne de son choix afin qu'elle se rende à son chevet.

Nous prenons en charge également les frais d'hôtel de cette personne (chambre et petit-déjeuner) **pendant 10 nuits maximum, jusqu'à un maximum de 300 € TTC par nuit.**

Cette prestation n'est pas cumulable avec les prestations Retour d'un accompagnant Bénéficiaire et Prolongation de séjour.

Transport jusqu'au domicile à la sortie de l'hôpital (pour les Collaborateurs, les Intervenants et les Visiteurs)

Après un transport réalisé dans les conditions définies au paragraphe « Transport/Rapatriement », afin, le cas échéant, de simplifier la sortie d'hôpital du Bénéficiaire à la suite d'une Hospitalisation d'une durée supérieure à 3 jours et y compris quand celui-ci a la capacité de se déplacer par ses propres moyens, nous organisons et prenons en charge la mise à disposition d'un taxi **à concurrence de 80 € TTC maximum** pour lui permettre de rejoindre son Domicile.

Collaborateur de remplacement (pour les Collaborateurs uniquement)

Lorsqu'un Collaborateur est transporté(e) dans les conditions définies au chapitre « Transport/Rapatriement » : s'il lui est impossible de reprendre ses activités professionnelles habituelles en raison de son état de santé et sur présentation d'un certificat médical d'arrêt de travail : Nous organisons et prenons en charge le voyage aller, par train 1^{ère} classe ou avion classe économique, depuis la France, d'une personne désignée par le Souscripteur, pour le remplacer sur le lieu de Mission avant son rapatriement.

Le voyage du collaborateur de remplacement doit être effectué dans les 2 mois qui suivent la date du transport du Collaborateur rapatrié et avant la date de fin de Mission prévue de ce dernier.

Retour du Collaborateur sur son lieu de Mission (pour les Collaborateurs uniquement)

Lorsque l'état de santé d'un Collaborateur transporté dans les conditions définies au chapitre « Transport/Rapatriement », ne lui permet pas de voyager seul dans les conditions normales de transport en plein accord avec les médecins traitants et notre équipe médicale : Nous organisons et prenons en charge son retour, par train 1^{ère} classe ou avion classe économique, sur son lieu de Mission.

Le retour devra être effectué dans les 2 mois qui suivent la date du transport.

> 7.4.3 Frais médicaux

Avance sur frais d'Hospitalisation à l'Étranger (pour les Collaborateurs et les Intervenants résidant en France)

Sont exclues de la prestation d'assistance les avances des frais d'hospitalisation engagés en France.

À la suite d'une Blessure, d'une Maladie, lors d'un déplacement à l'Étranger et tant que le Bénéficiaire se trouve hospitalisé, Nous pouvons faire l'avance des frais d'hospitalisation **dans la limite de 100 000 € TTC par Bénéficiaire et par an.**

Cette avance s'effectuera sous réserve des conditions cumulatives suivantes :

- pour des soins prescrits en accord avec nos médecins,
- tant que ces derniers jugent le Collaborateur ou l'Intervenant hospitalisé intransportable après recueil des informations auprès du médecin local.

Aucune avance n'est accordée à compter du jour où Nous sommes en mesure d'effectuer le transport, même si le Bénéficiaire décide de rester sur place.

Dans tous les cas, le Collaborateur ou l'Intervenant s'engage à effectuer les démarches nécessaires au recouvrement de ses frais médicaux auprès des organismes d'assurance concernés et à Nous rembourser l'avance.

Pour rappel, les frais non pris en charge par **votre régime primaire d'assurance maladie (Sécurité sociale) ou de tout organisme de prévoyance feront l'objet d'une prise en charge dans les conditions et modalités prévues à « Remboursement complémentaire des frais médicaux à l'Étranger ».**

Remboursement complémentaire des frais médicaux à l'Étranger (pour les Collaborateurs et les Intervenants résidant en France)

Sont exclus de la prestation d'assistance les remboursements des frais médicaux engagés dans le pays de Domicile.

Pour bénéficier de cette prestation, le Collaborateur, l'Intervenant ou le Conjoint doit obligatoirement relever d'un régime primaire d'assurance maladie (Sécurité Sociale) ou de tout organisme de prévoyance et effectuer, au retour en France ou sur place, toutes les démarches nécessaires au recouvrement de ces frais auprès des organismes concernés et Nous communiquer les pièces justificatives mentionnées ci-après.

Avant de partir en déplacement à l'Étranger, le Bénéficiaire doit se munir de formulaires adaptés à la nature et à la durée de ce déplacement, ainsi qu'au pays dans lequel il se rend (pour l'Espace économique européen et pour la Suisse, munissez-vous de la carte européenne d'Assurance Maladie).

Ces différents formulaires sont délivrés par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie à laquelle Vous êtes affilié(e) afin de bénéficier, en cas de Maladie ou de Blessure, d'une prise en charge directe de vos frais médicaux par cet organisme.

Nature des frais médicaux ouvrant droit à remboursement complémentaire :

Le remboursement complémentaire couvre les frais définis ci-après, à condition qu'ils concernent des soins reçus à l'Étranger à la suite d'une Maladie ou d'une Blessure survenue à l'Étranger :

- honoraires médicaux,
- frais de médicaments prescrits par un médecin ou un chirurgien,
- frais d'ambulance ou de taxi ordonnés par un médecin pour un trajet local à l'Étranger,
- frais d'hospitalisation quand le Collaborateur, l'Intervenant ou le Conjoint est jugé intransportable par décision de nos médecins prise après recueil des informations auprès du médecin local. Le remboursement complémentaire de ces frais d'hospitalisation cesse à compter du jour où Nous sommes en mesure d'effectuer votre transport, même si le Bénéficiaire décide de rester sur place,
- frais relatifs aux soins dentaires urgents **avec un plafond de 300 € TTC par dent et 2 000 € TTC maximum.**

Montant et modalités de prise en charge :

Nous remboursons au Collaborateur, à l'Intervenant ou au Conjoint le montant des frais médicaux engagés à l'Étranger et restant à sa charge après remboursement effectué par la Sécurité sociale, la mutuelle et/ou tout autre organisme de prévoyance **à hauteur de 100 000 € TTC maximum par an.**

Une Franchise de 30 € TTC est appliquée dans tous les cas par événement.

Le Bénéficiaire (ou ses ayants droit) s'engage à cette fin à effectuer, au retour en France, toutes les démarches nécessaires au recouvrement de ces frais auprès des organismes concernés, ainsi qu'à nous transmettre les documents suivants :

- décomptes originaux des organismes sociaux et/ou de prévoyance justifiant des remboursements obtenus,
- photocopies des notes de soins justifiant des dépenses engagées.

À défaut, Nous ne pourrions procéder au remboursement.

Dans l'hypothèse où la Sécurité Sociale et/ou les organismes auxquels le Collaborateur, l'Intervenant ou le Conjoint cotise ne prendraient pas en charge les frais médicaux engagés, Nous rembourserons au Collaborateur, à l'Intervenant ou le Conjoint jusqu'à concurrence des montants maximum susvisés, sous réserve que celui-ci Nous communique préalablement les factures originales/ou copie de frais médicaux et l'attestation de non prise en charge émanant de la Sécurité Sociale, la mutuelle et tout autre organisme de prévoyance.

> 7.4.4 Assistance en cas de décès lors d'une Mission, d'une Opération événementielle ou d'une Visite

Transport de corps en cas de décès d'un Bénéficiaire (pour les Collaborateurs, les Intervenants et les Visiteurs)

En cas de décès d'un Bénéficiaire durant son déplacement sur le lieu de Mission ou de l'Opération événementielle ou lors d'une Visite, Nous prenons en charge l'intégralité des frais nécessités par les soins de préparation et les aménagements spécifiques au transport exclusivement.

Les frais de cercueil ou frais d'urne feront l'objet d'une prise en charge dans la limite de 3000 € TTC si la famille du défunt ou le prestataire funéraire Nous sollicite pour réaliser le rapatriement du corps. Un devis sera établi par le prestataire funéraire, qui aura pu être choisi par la famille, et fera l'objet d'une validation et acceptation d'Europ assistance permettant la prise en charge.

La somme dépassant le seuil du plafond alloué pour cette prestation, ainsi que les autres frais (notamment de cérémonie, convois locaux, inhumation), restent à la charge de la famille.

Nous organisons et prenons également en charge le transport du défunt Bénéficiaire jusqu'au lieu des obsèques dans son pays de Domicile.

Retour d'un accompagnant Bénéficiaire en cas de décès du Bénéficiaire (pour les Collaborateurs, les Intervenants et les Visiteurs)

En cas de décès d'un Bénéficiaire durant son déplacement sur le lieu de Mission ou de l'Opération événementielle ou lors d'une Visite, Nous organisons et prenons en charge le retour, par train 1^{ère} classe ou avion classe économique ainsi que les frais de taxi, au départ et à l'arrivée, d'un accompagnant Bénéficiaire, qui voyageait avec le défunt afin qu'il puisse assister aux obsèques, dans la mesure où les moyens initialement prévus pour son retour ne peuvent être utilisés.

Reconnaissance de corps et formalités décès (pour les Collaborateurs et les intervenants)

Si le Collaborateur ou l'Intervenant décède alors qu'il se trouvait seul sur place durant son déplacement sur le lieu- de Mission ou de l'Opération événementielle et si la présence d'un membre de sa famille ou d'un proche s'avère indispensable pour effectuer la reconnaissance du corps ainsi que les formalités de rapatriement ou d'incinération sur le lieu de séjour Nous organisons et prenons en charge le déplacement aller-retour en train 1^{ère} classe ou avion classe économique de cette personne depuis son pays de Domicile jusqu'au lieu du décès.

Nous prenons également en charge le séjour de cette personne à l'hôtel (chambre et petit-déjeuner) jusqu'à concurrence **de 300 € TTC par nuit pendant 5 nuits maximum.**

Collaborateur de remplacement (pour les Collaborateurs uniquement)

En cas de décès d'un Collaborateur en Mission, Nous organisons et prenons en charge le voyage aller, par train 1^{ère} classe ou avion classe économique, depuis la France, d'une personne désignée par le Souscripteur, pour remplacer le Collaborateur décédé sur le lieu de la Mission.

Le voyage du collaborateur de remplacement doit être effectué dans les 2 mois qui suivent la date du décès et avant la date de fin de Mission prévue du Collaborateur décédé.

> 7.4.5 Assistance voyage

Frais de recherche et de secours en mer et en montagne (pour les Collaborateurs, les Intervenants et les Visiteurs)

Nous participons aux frais de recherche et de secours en mer et en montagne (y compris ski hors-piste) **jusqu'à concurrence de 20 000 € TTC.**

Seuls les frais facturés par une société dûment agréée pour ces activités peuvent être remboursés.

En aucun cas Nous ne serons tenus à l'organisation des recherches et des secours.

Acheminement de médicaments à l'Étranger uniquement (pour les Collaborateurs et les Intervenants)

Le Collaborateur, l'Intervenant ou le Conjoint est en Mission à l'Étranger et ses médicaments indispensables à la poursuite de son traitement et dont l'interruption lui fait courir, selon avis de nos médecins, un risque pour sa santé, sont perdus ou volés. Nous recherchons l'existence d'un équivalent sur place et, dans ce cas, organisons une visite médicale avec un médecin local qui pourra les lui prescrire. Les frais médicaux et de médicaments restent à sa charge.

Si n'existe pas de médicaments équivalents sur place, Nous organisons, à partir de France uniquement, l'envoi des médicaments prescrits par son médecin traitant sous réserve que ce dernier adresse à nos médecins un duplicata de l'ordonnance qu'il lui a remise et que ces médicaments soient disponibles dans les pharmacies de ville.

Nous prenons en charge les frais d'expédition et lui refacturons les frais de douane et le coût d'achat des médicaments qu'il s'engage à Nous rembourser à réception de facture.

Ces envois sont soumis aux conditions générales des sociétés de transport que Nous utilisons.

Dans tous les cas, ils sont soumis à la réglementation et aux conditions imposées par la France et les législations nationales de chacun des pays en matière d'importation et d'exportation des médicaments.

Nous dégageons toute responsabilité pour les pertes, vols des médicaments et restrictions réglementaires qui pourraient retarder ou rendre impossible le transport des médicaments, ainsi que pour les conséquences en découlant. Par ailleurs, l'abandon de la fabrication des médicaments, le retrait du marché ou la non disponibilité en France constituent des cas de force majeure qui peuvent retarder ou rendre impossible l'exécution de la prestation.

Dans tous les cas, sont exclus les envois de produits sanguins et dérivés du sang, les produits réservés à l'usage hospitalier ou les produits nécessitant des conditions particulières de conservation, notamment frigorifiques et de façon plus générale les produits non disponibles en officine de pharmacie en France.

Prise en charge des honoraires d'avocat (pour les Collaborateurs et les Intervenants)

Le Collaborateur ou l'Intervenant en Mission à l'Étranger fait l'objet de poursuites judiciaires du fait d'un accident de la circulation et ce à l'exclusion de toute autre cause, Nous lui remboursons les frais d'avocat qu'il a été amené, de ce fait, à engager sur place **jusqu'à concurrence de 20 000 € TTC**, à condition que les faits reprochés ne soient pas, dans la législation du pays, passibles de sanctions pénales.

La demande de prise en charge devra obligatoirement être accompagnée de la décision de justice définitive devenue exécutoire.

Cette prestation ne couvre pas les suites judiciaires engagées en France, par suite d'un Accident de la route survenu à l'Étranger.

Avance caution pénale (pour les Collaborateurs et les Intervenants)

Le Collaborateur ou l'Intervenant est en Mission à l'Étranger et fait l'objet de poursuites judiciaires du fait d'un accident de la circulation et ce à l'exclusion de toute autre cause. Nous faisons l'avance de la caution pénale **jusqu'à un maximum de 60 000 € TTC** sous réserve de la communication préalable d'un acte d'accusation et/ou tout document émanant des autorités judiciaires locales permettant d'attester de l'existence de poursuites judiciaires à son encontre.

Le Collaborateur ou l'Intervenant s'engage à Nous rembourser cette avance dans un délai de 30 jours après réception de notre facture ou aussitôt que la caution pénale lui aura été restituée par les autorités si la restitution intervient avant l'expiration de ce délai.

Le Souscripteur s'engage à rembourser à EUROP ASSISTANCE, sur première demande de cette dernière, toute avance de caution pénale effectuée au profit d'un Bénéficiaire dans les conditions décrites au présent article et n'ayant pas été remboursée à EUROP ASSISTANCE.

Information voyage (pour les Collaborateurs et les Intervenants)

Service disponible tous les jours de 8 h 00 à 19 h 30, (heures françaises), sauf dimanches et jours fériés. La prestation est délivrée uniquement en langue française.

À la demande du Collaborateur ou de l'Intervenant, nous pouvons lui fournir des informations concernant :

- les précautions médicales à prendre avant d'entreprendre un voyage (vaccins, médicaments, etc.),
- les formalités administratives à accomplir avant un voyage ou en cours de voyage (visas, etc.),
- les conditions de voyage (possibilités de transport, horaires d'avion, etc.),
- les conditions de vie locale (température, climat, nourriture, etc.).

Cette prestation est également accessible avant le départ en déplacement professionnel.

Information santé (pour les Collaborateurs et les Intervenants)

Ce service est conçu pour écouter, orienter et informer. En cas d'urgence médicale, le premier réflexe doit être d'appeler les secours prévus localement.

Sur simple appel téléphonique 24 h/24, 7 j/7, nous nous efforçons de rechercher les renseignements à caractère documentaire destinés à orienter le Collaborateur ou l'Intervenant dans le domaine de la santé.

Si une réponse ne peut être apportée immédiatement, nous effectuons les recherches nécessaires et rappelons le Collaborateur ou l'Intervenant dans les meilleurs délais. Les informations sont données dans le respect de la déontologie médicale.

L'objet du service n'est en aucun cas de délivrer une consultation ou une prescription médicale téléphonique personnalisée, de favoriser une automédication ou de remettre en cause les choix thérapeutiques de praticiens. Si telle était la demande du Collaborateur ou de l'Intervenant, nous lui conseillerions de consulter un médecin local ou son médecin traitant.

Nous apportons aux questions qui nous sont posées une réponse objective à partir d'éléments officiels et ne pouvons être tenus pour responsables de l'interprétation que le Collaborateur ou de l'Intervenant pourrait en faire ni de ses conséquences éventuelles.

Assistance en cas de modification de voyage (pour les Collaborateurs et les Intervenants)

Lors d'une Mission, un événement imprévu suivant : grève, détournement d'avion, accident ou maladie ne nécessitant pas le transport du Collaborateur, de l'Intervenant ou du Conjoint au titre du chapitre « transport / rapatriement » ci-avant, modifie le déroulement de son déplacement professionnel. Nous pouvons, à sa demande, et selon ses instructions, faire procéder à des changements de ses réservations d'avion(s) et d'hôtel(s).

Les frais de modification ou les frais supplémentaires engagés à la demande du Collaborateur, de l'Intervenant ou du Conjoint restent à leur charge.

Soutien psychologique (pour les Collaborateurs, les Intervenants et les Visiteurs)

À la suite d'un Accident, d'une Aggression ou tentative d'Aggression, du décès d'un membre de la famille, d'un Attentat ou Catastrophe naturelle, d'un kidnapping ou d'un détournement aérien, au cours d'une Mission, d'une Opération événementielle ou lors d'une Visite, Nous mettons à la disposition du Collaborateur, Intervenant ou Visiteur, 24h sur 24, 7 jours sur 7 et 365 jours par an, un service Ecoute et Accueil Psychologique lui permettant de contacter par téléphone des psychologues cliniciens.

Le ou les entretien(s) téléphonique(s), mené(s) par des professionnels qui garderont une écoute neutre et attentive, lui permettra de se confier et de clarifier la situation à laquelle il est confronté à la suite de cet événement.

Les psychologues interviennent dans le strict respect du code de déontologie applicable à la profession de psychologue et ne s'auto-riseront en aucun cas à débiter une psychothérapie par téléphone.

Nous assurons l'organisation et la prise en charge de **5 entretiens téléphoniques par an**.

En fonction de la situation du Collaborateur, Intervenant ou Visiteur et de son attente, un rendez-vous pourra être aménagé afin de rencontrer près de chez lui, en France, un psychologue diplômé d'état choisi par le Bénéficiaire parmi 3 noms de praticiens que Nous lui aurons communiqués.

Nous assurerons l'organisation de ce rendez-vous. Le choix du praticien appartient au Bénéficiaire et les frais de cette consultation sont à sa charge.

Si le Collaborateur, Intervenant ou Visiteur subit une Agression avec Dommages corporels, des rendez-vous pourront être aménagés afin de lui permettre de rencontrer près de chez lui, en France, un psychologue diplômé d'Etat qu'il choisira parmi 3 noms de praticiens que nous lui aurons communiqués. Le choix du praticien appartient au Bénéficiaire.

Nous assurerons l'organisation, la prise en charge de 5 consultations auprès du praticien psychologue choisi, **à concurrence de 1 500 €**.

Ces rendez-vous ne peuvent avoir lieu qu'en France pendant la période de validité du contrat.

Par ailleurs en cas de décès du Collaborateur ou de l'Intervenant au cours de sa Mission, des rendez-vous pourront être aménagés afin de permettre au conjoint et/ou aux enfants du Collaborateur ou de l'Intervenant défunt (ou les enfants du Conjoint) de rencontrer près de chez lui, en France, un psychologue diplômé d'Etat qu'il choisira parmi 3 noms de praticiens que Nous lui aurons communiqués. Le choix du praticien appartient au Bénéficiaire.

Pour l'ensemble des personnes décrites ci-dessus, Nous assurons l'organisation, la prise en charge de 5 consultations auprès du praticien psychologue choisi, **pour un montant global ne pouvant dépasser 3 000 €**.

Ces rendez-vous ne peuvent avoir lieu qu'en France pendant la période de validité du contrat.

7.5 Prestations d'assistance aux biens

> 7.5.1 Envoi de dossiers indispensables à la Mission (pour les Collaborateurs uniquement)

Le Collaborateur est en Mission à l'Étranger. En cas de vol, perte, destruction involontaire ou d'oubli de documents indispensables à sa Mission, nous mettons en œuvre les moyens permettant l'acheminement ou la transmission des doubles indispensables.

Les frais d'expédition sont à la charge du Souscripteur.

> 7.5.2 Assistance téléphonique d'un interprète (à l'étranger uniquement, pour les Collaborateurs et les Intervenant(s))

Le Collaborateur ou l'Intervenant en Mission à l'Étranger, rencontre des difficultés importantes pour communiquer avec les autorités dans le cadre de l'exécution des formalités essentielles car les deux parties n'ont aucune langue commune, nous lui fournissons, une fois, un interprète qui interviendra par téléphone entre le Collaborateur ou l'Intervenant et les autorités locales.

> 7.5.3 Assistance en cas de vol, perte ou destruction de vos documents d'identité, de vos moyens de paiement ou de vos clés

Informations sur les démarches (pour les Collaborateurs et les Intervenant(s))

Pendant sa Mission, le Collaborateur ou l'Intervenant perd ou se fait voler ses documents d'identité. Tous les jours, de 8h00 à 19h30 (heures françaises) sauf les dimanches et les jours fériés, sur simple appel vers notre service « Informations », nous vous informons quant aux démarches à accomplir (dépôt de plainte, renouvellement des documents d'identité, etc.).

Ces informations constituent des renseignements à caractère documentaire visés par l'article 66.1 de la loi modifiée du 31/12/71. Il ne peut en aucun cas s'agir de consultation juridique. Selon les cas nous orienterons le Collaborateur ou l'Intervenant vers des organismes ou catégories de professionnels susceptibles de lui répondre. Nous ne pouvons en aucun cas être tenus responsables ni de l'interprétation ni de l'utilisation qu'il pourra faire des informations communiquées.

Perte ou vol des moyens de paiement (pour les Collaborateurs, les Intervenant(s) et les Visiteurs)

À la suite d'une perte ou d'un vol de ses moyens de paiements, carte(s) de crédit, chéquier(s) pendant sa Mission, pendant l'Opération événementielle ou lors d'une Visite, et sous réserve d'une attestation de perte ou de vol délivrée par les autorités locales,

Nous faisons parvenir au Bénéficiaire des fonds **d'un montant maximum de 3 000 € TTC** afin que celui-ci puisse faire face à ses dépenses de première nécessité, aux conditions préalables suivantes :

- soit du versement par un tiers par débit sur carte bancaire de la somme correspondante,
- soit du versement par l'établissement bancaire du Bénéficiaire de la somme correspondante.

Le Bénéficiaire signera un reçu lors de la remise des fonds.

Prolongation de séjour (pour les Collaborateurs et les Intervenant(s))

Pendant sa Mission, le Collaborateur ou l'Intervenant perd ou se fait voler ses documents d'identité et est dans l'impossibilité de quitter le territoire du pays où il est en Mission à la date initiale de retour. Nous prenons en charge ses frais d'hébergement, jusqu'à la date à laquelle il obtient la délivrance de nouveaux documents d'identité et dans tous les cas, **dans la limite de 300 € / nuit et de 10 nuits maximum**.

Par frais d'hébergement, on entend ici les frais d'hôtel consécutifs à un Événement garanti, à l'exclusion des frais de restauration et de boissons. Le Collaborateur ou l'Intervenant devra joindre à sa demande les justificatifs originaux relatifs aux frais d'hébergement réellement engagés ainsi que la déclaration de perte ou le dépôt de plainte en cas de vol.

Dépannage serrurerie (pour les Collaborateurs et les Intervenant(s))

Sur son lieu de Mission, les clés de la porte principale de l'hébergement du Collaborateur ou de l'Intervenant ont été perdues, volées ou cassées, ou cette dernière a été fracturée.

Nous lui remboursons,

- soit les frais d'envoi d'un double des clés, si une personne peut les faire parvenir,
- soit les frais de réfection des clés, **à concurrence de 50 € TTC**.

Dans les deux cas, le remboursement est conditionné à l'envoi à nos services des justificatifs originaux des factures des frais d'envoi ou de réfection des clés.

Ces deux prestations ne sont pas cumulables entre elles.

7.6 Assurance bagages et effets personnels

> 7.6.1 Ce que nous garantissons

Vol et/ou destruction accidentelle totale ou partielle ou perte des bagages, objets et effets personnels (réservé aux Collaborateurs et Intervenants)

Dans le cadre d'une Mission, nous garantissons, à concurrence de **5 000 €**, les bagages, objets et effets personnels, que le Collaborateur ou l'Intervenant a emporté avec lui lors de sa Mission, contre :

- le vol par un tiers à savoir, toute autre personne que son Conjoint, ou un autre Bénéficiaire,
- la destruction accidentelle totale ou partielle,
- la perte pendant l'acheminement par une entreprise de transport.

Limitation de remboursement pour certains objets

Pour les objets précieux, perles, bijoux et montres portés, fourrures, collections et échantillons professionnels, portables informatiques, la valeur de remboursement ne pourra en aucun cas excéder 50 % du montant d'assurance garanti. En outre, les objets énumérés ci-dessus ne sont garantis que contre le vol.

Si le vol est commis dans un train, quels que soient les objets volés, la valeur du remboursement ne pourra excéder 50 % du montant d'assurance garanti.

Si le Collaborateur utilise une voiture particulière, les risques de vol sont couverts à condition que les bagages et effets personnels soient contenus dans le coffre du véhicule fermé à clé et à l'abri de tout regard. Seul le vol par effraction est couvert.

Si le véhicule stationne sur la voie publique, la garantie n'est acquise qu'entre 7 h 00 et 22 h 00 (heures locales).

Retard de livraison de bagages (réservé aux Collaborateurs et aux Intervenants)

Dans le cadre d'une Mission ou d'une Opération événementielle, dans le cas où les bagages personnels du Collaborateur ou de l'Intervenant enregistrés auprès de la compagnie qui l'a transporté, ne lui seraient pas remis à l'aéroport de destination de son voyage aller, et s'ils lui sont restitués avec plus de 12 heures de retard, Nous remboursons au Collaborateur ou à l'Intervenant les achats d'effets de première nécessité d'un usage indispensable à se procurer d'urgence : vêtements ou articles de toilette qui se trouvaient dans les bagages retardés, dans la limite de **300 € par Mission**, sur présentation du bon de restitution du transporteur et des factures d'achat.

Cette garantie n'est pas acquise lors de votre retour dans votre pays de Domicile.

Remboursement des papiers (pour les Collaborateurs, les Intervenants et les Visiteurs)

Dans le cadre d'une Mission, d'une Opération événementielle ou lors d'une Visite, à la suite d'une perte ou d'un vol d'un ou plusieurs des papiers suivants : papiers d'identité, permis de conduire du Bénéficiaire, Nous prenons en charge les frais de reconstitution des papiers jusqu'à concurrence de 150 € TTC maximum, tous papiers confondus, sur présentation du récépissé de déclaration de perte ou de vol des papiers auprès des autorités compétentes et sur justificatifs originaux des frais de remplacement.

> 7.6.2 Ce que nous excluons

Outre les exclusions générales figurant au chapitre « Dispositions générales », sont exclus :

- le vol des bagages, effets et objets personnels laissés sans surveillance dans un lieu public ou entreposés dans un local mis à la disposition commune de plusieurs personnes hormis dans les trains,

- l'oubli, la perte des bagages (sauf par une entreprise de transport), l'échange de bagages,
- le vol sans effraction dûment constaté et verbalisé par une autorité (police, gendarmerie, compagnie de transport, commissaire de bord, etc.),
- le vol commis par votre personnel durant l'exercice de ses fonctions,
- les dommages accidentels dus au coulage des liquides, de matières grasses, colorantes ou corrosives et contenus dans vos bagages,
- la confiscation des biens par les autorités (douane, police),
- les dommages occasionnés par les mites et/ou rongeurs ainsi que par les brûlures de cigarettes ou par une source de chaleur non incandescente,
- le vol commis dans une voiture décapotable en toile ou autre véhicule ne comportant pas un coffre ; la garantie reste acquise à la condition de l'utilisation du couvercle du bagage livré avec le véhicule,
- le vol, la perte, l'oubli ou la détérioration des espèces, documents, livres, titre de transport et cartes de crédit,
- le vol des bijoux lorsqu'ils n'ont pas été placés dans un coffre fermé à clé ou qu'ils ne sont pas portés,
- le bris des objets fragiles tels qu'objets en porcelaine, verre, ivoire, poterie, marbre,
- les dommages indirects tels que dépréciation et privation de jouissance,
- les portables informatiques et tous leurs accessoires lorsqu'ils sont laissés dans les bagages confiés à un transporteur ou lorsqu'ils voyagent en soute ou lorsqu'ils sont laissés dans un véhicule en stationnement et ce, quelle que soit l'heure,
- les objets désignés ci-après : toute prothèse, appareillage de toute nature, les vélos, les remorques, les titres de valeur, les tableaux, les lunettes, les lentilles de contact, les clés de toute sorte (sauf celles du Domicile), les documents enregistrés sur bandes ou films ainsi que le matériel professionnel (autre que les portables informatiques), les téléphones portables, les CD, les DVD, tout matériel multimédia (MP3, MP4, PDA, etc.), les GPS, les articles de sport, les instruments de musique, les produits alimentaires, les briquets, les stylos, les cigarettes, les alcools, les objets d'art, les cannes à pêche, les produits de beauté, les pellicules photos et les objets achetés au cours de votre Mission.

> 7.6.3 Pour quel montant intervenons-nous ?

Le montant indiqué constitue le maximum de remboursement pour tous les Evénements survenus pendant la Mission ou l'Opération événementielle pour les Collaborateurs, les Intervenants et le Conjoint, ou l'Opération événementielle ou la Visite pour les Visiteurs.

Une Franchise de 50 € sera retenue par Evénement pour les dommages aux bagages : valises, sacs, etc.

De plus, une Franchise de 10 % est appliquée sur la valeur de remplacement pour les portables informatiques de l'entreprise souscriptrice ainsi que pour les échantillons et collections professionnels.

> 7.6.4 Comment l'indemnité versée est-elle calculée ?

Le Bénéficiaire sera indemnisé(e) sur la base de la valeur de remplacement par des objets équivalents et de même nature, Vétusté, Usure et Franchise déduites. En aucun cas, il ne sera fait application de la règle proportionnelle prévue à l'article L 121-5 du Code des Assurances.

La première année suivant l'achat, le remboursement est calculé à hauteur de 85 % du prix d'achat.
À partir de la seconde année suivant l'achat, le remboursement est réduit de 10 % par an.

L'abattement pour Vétusté et/ou Usure ne pourra excéder 50 % du prix d'achat.

> 7.6.5 Quelles sont les pièces à fournir en cas de sinistre « bagages et effets personnels » ?

Votre déclaration de sinistre devra être accompagnée des éléments suivants :

- le récépissé d'un dépôt de plainte ou de déclaration de Vol effectuée dans les 48 heures auprès d'une autorité (police, gendarmerie, compagnie de transport, commissaire de bord, etc.) lorsqu'il s'agit de vol ou de perte,
- les bulletins de réserve auprès du transporteur (maritime, aérien, ferroviaire, routier) lorsque les bagages ou objets du Bénéficiaire se sont égarés pendant la période où ils se trouvaient sous la garde juridique du transporteur,
- le ticket d'enregistrement du bagage livré avec retard par la compagnie de transport et le justificatif de la livraison tardive,
- les factures d'achat nominatives (au nom du Bénéficiaire) des effets personnels volés ou détériorés.

En cas de non présentation de ces documents nous serons en droit de réclamer au Bénéficiaire une indemnité égale au préjudice qui en sera résulté pour nous. Les sommes assurées ne peuvent être considérées comme preuve de la valeur des biens pour lesquels le Bénéficiaire demande indemnisation, ni comme preuve de l'existence de ces biens.

Le Bénéficiaire est tenu de justifier, par tout moyen en son pouvoir et par tout document en sa possession, de l'existence et de la valeur de ces biens au moment du Sinistre, ainsi que de l'importance des dommages. Pour les matériels professionnels, notamment les portables informatiques, collections et échantillons, il pourra être demandé au Souscripteur d'attester de la valeur et du transport en Mission de ces éléments avec le Collaborateur ou l'Intervenant lors de son départ.

Si le Bénéficiaire a parallèlement effectué une demande d'indemnisation auprès du transporteur, il doit nous en aviser lors de la déclaration de sinistre.

> 7.6.6 Que se passe-t-il si le Bénéficiaire récupère tout ou partie des objets volés couverts par une garantie bagages ?

Le Bénéficiaire doit nous en aviser immédiatement par lettre recommandée dès qu'il en est informé.

Si nous n'avons pas encore réglé l'indemnité au Bénéficiaire, il devra reprendre possession des objets, nous ne serons alors tenus qu'au paiement des détériorations ou manquants éventuels.

Si nous avons déjà indemnisé le Bénéficiaire, il pourra opter dans un délai de 15 jours :

- soit pour le délaissement,
- soit pour la reprise des objets moyennant la restitution de l'indemnité qu'il a reçue sous déduction des détériorations ou des manquants.

Si le Bénéficiaire n'a pas choisi dans un délai de 15 jours, nous considérons qu'il opte pour le délaissement.

> 7.6.7 Comment déclarer un sinistre « bagages et effets personnels » ?

Pour déclarer un sinistre, le Bénéficiaire doit :

- se connecter sur le portail : <https://sinistre.europ-assistance.fr>
- ou adresser un e-mail par courriel à l'adresse : sinistre-lv@europ-assistance.fr en précisant toutes ses coordonnées, son numéro de contrat, ainsi que le numéro de contrat Groupe concerné :
58 225 190 pour les Collaborateurs,
58 225 191 pour les Visiteurs,
58 221 192 pour les Intervenants.

7.7 Modalités générales

> 7.7.1 Exclusions

Exclusions communes à toutes les prestations

Sont exclues les demandes consécutives :

- à une guerre civile ou étrangère, des émeutes, des mouvements populaires, des actes de terrorisme, une catastrophe naturelle, coups d'état, prises d'otages,
- aux dommages résultant de votre participation volontaire à des émeutes ou grèves, rixes ou voies de fait,
- à la désintégration du noyau atomique ou toute irradiation provenant d'une source d'énergie présentant un caractère de radioactivité,
- à l'usage de médicaments, de drogues, de stupéfiants mentionnés au Code de la santé publique, non prescrits médicalement, et de l'usage de l'alcool conformément aux dispositions du Code de la route,
- aux dommages de toute nature, décidés, causés ou provoqués par le Bénéficiaire ou avec sa complicité, ou consécutifs à une négligence caractérisée, ou à un acte intentionnel ou dolosif du Bénéficiaire, sauf les cas de légitime défense ou d'assistance à personne en danger,
- à un suicide ou une tentative de suicide du Bénéficiaire,
- aux événements survenus lors de la participation d'un Collaborateur ou un Intervenant, en tant que sportif, à des compétition sportives, paris, match, concours sportifs, rallyes ou à leurs essais préparatoires nécessitant une autorisation administrative préalable ou soumise à une assurance légale, ainsi que l'organisation et la prise en charge de tous frais de recherche,
- à un sinistre survenu dans l'un des pays exclus de la garantie de la convention d'assistance ou en dehors des dates de validité de garantie, et notamment au-delà de la durée de déplacement prévu à l'Étranger.

Sont également exclus :

- les demandes qui relèvent de la compétence des organismes locaux de secours d'urgence ou des transports primaires tels que le SAMU, les pompiers, et les frais s'y rapportant,
- les frais engagés sans notre accord,
- les frais non expressément prévus par la présente convention d'assistance,
- les frais non justifiés par des documents originaux,
- les frais de franchise non rachetable en cas de location de véhicule,
- les frais de carburant et de péage,
- les frais de douane,
- les frais de restauration,

- les conséquences d'une mise en quarantaine et/ou de mesures de restriction de déplacement décidées par une autorité compétente, qui pourrait affecter le (les) bénéficiaire(s) avant ou pendant son(leur) déplacement,
- les déplacements vers un pays, une région ou une zone vers lesquels les voyages sont formellement déconseillés par les autorités gouvernementales du pays de Domicile du Bénéficiaire à la date de départ.

Exclusions spécifiques à l'assistance aux personnes

Nous ne pouvons en aucun cas nous substituer aux organismes locaux de secours d'urgence.

Outre les Exclusions communes à toutes les prestations figurant au chapitre « Modalités générales », sont exclus :

- les conséquences des situations à risques infectieux en contexte épidémique, de l'exposition à des agents biologiques infectants, à des agents chimiques type gaz de combat, à des agents incapacitants, à des agents neurotoxiques ou à effets neurotoxiques rémanents.
- les Maladies et/ou Blessures préexistantes diagnostiquées et/ou traitées ayant fait l'objet d'une hospitalisation continue, d'une hospitalisation de jour ou d'une hospitalisation ambulatoire dans les 6 mois précédant toute demande, qu'il s'agisse de la manifestation ou de l'aggravation dudit état,
- les voyages entrepris dans un but de diagnostic et/ou de traitement médical ou d'intervention de chirurgie esthétique, leurs conséquences et les frais en découlant,
- l'organisation et la prise en charge du transport visé au chapitre « Transport / Rapatriement » pour des affections bénignes qui peuvent être traitées sur place et qui n'empêchent pas le Bénéficiaire de poursuivre son déplacement ou son séjour,
- les demandes d'assistance se rapportant à la procréation médicalement assistée et ses conséquences ou à l'interruption volontaire de grossesse et ses conséquences,
- les demandes relatives à la procréation ou la gestation pour le compte d'autrui, et ses conséquences,
- les appareillages médicaux et les prothèses (dentaires, auditives, médicales),
- les soins dentaires non urgents, leurs conséquences et frais en découlant
- les cures thermales et les frais en découlant,
- les frais médicaux engagés dans votre pays de Domicile,
- les hospitalisations prévues, leurs conséquences et les frais en découlant,
- les frais d'optique (lunettes et verres de contact par exemple),
- les vaccins et frais de vaccination,
- les visites médicales de contrôle et les frais s'y rapportant, et leurs conséquences,
- les interventions à caractère esthétique, les frais en découlant ainsi que leurs conséquences,
- les séjours dans une maison de repos et les frais en découlant,
- les rééducations, kinésithérapies, chiropraxies, ostéopathies, les frais en découlant, et leurs conséquences,
- les services médicaux ou paramédicaux et l'achat de produits dont le caractère thérapeutique n'est pas reconnu par la législation française, et les frais s'y rapportant,
- les bilans de santé concernant un dépistage à titre de prévention, les traitements ou analyses réguliers, et les frais y afférents,
- les recherches et secours de personne dans le désert,
- 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 d'annulation de voyage,
- l'organisation et la mise en place des recherches et secours de personne, sur terre, en montagne, en mer ou dans le désert.

> 7.7.2 Limitations en cas de force majeure ou autres événements assimilés

Nous ne pouvons en aucun cas nous substituer aux organismes locaux en cas d'urgence.

Nous ne pouvons être tenus pour responsables des manquements, ni des retards dans l'exécution des prestations résultant de cas de force majeure ou d'événements tels que :

- guerres civiles ou étrangères, instabilité politique notoire, mouvements populaires, émeutes, actes de terrorisme, représailles,
- recommandations de l'O.M.S. ou des autorités nationales ou internationales ou restriction à la libre circulation des personnes et des biens, et ce quel qu'en soit le motif notamment sanitaire, de sécurité, météorologique, limitation ou interdiction de trafic aéronautique,
- grèves, explosions, catastrophes naturelles, désintégration du noyau atomique, ou toute irradiation provenant d'une source d'énergie présentant un caractère de radioactivité,
- délais et/ou impossibilité à obtenir les documents administratifs tels que visas d'entrée et de sortie, passeport, etc. nécessaires à votre transport à l'intérieur ou hors du pays où se trouve le Bénéficiaire ou à son entrée dans le pays préconisé par nos médecins pour y être hospitalisé(e),
- recours à des services publics locaux ou à des intervenants auxquels nous avons l'obligation de recourir en vertu de la réglementation locale et/ou internationale,
- inexistence ou indisponibilité de moyens techniques ou humains adaptés au transport (y compris refus d'intervention).

> 7.7.3 Circonstances exceptionnelles

Les transporteurs de personnes (dont notamment les compagnies aériennes) sont susceptibles d'opposer pour les personnes atteintes de certaines pathologies ou pour les femmes enceintes, des restrictions applicables jusqu'au moment du début du transport, et susceptibles d'être modifiées sans préavis (ainsi pour les compagnies aériennes : examen médical, certificat médical, etc.).

De ce fait, le rapatriement de ces personnes ne pourra être réalisé que sous réserve d'absence de refus du transporteur, et bien évidemment, d'absence d'avis médical défavorable (tel que prévu et suivant les modalités prévues au chapitre « transport/rapatriement ») au regard de la santé du Bénéficiaire et/ou de l'enfant à naître.

> 7.7.4 Subrogation

Après avoir engagé des frais dans le cadre des garanties d'assurance et/ou prestations d'assistance, EUROP ASSISTANCE est subrogée dans les droits et actions que le Bénéficiaire peut avoir contre les tiers responsables du sinistre, comme le prévoit l'article L 121-12 du Code des assurances. Notre subrogation est limitée au montant des frais que Nous avons engagés en exécution du présent contrat.

> 7.7.5 Prescription

Conformément à l'article L114-1 du Code des assurances :

« Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

Conformément à l'article L114-2 du Code des assurances :

« La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité. »

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont décrites aux articles 2240 à 2246 du Code civil : la reconnaissance par le débiteur du droit contre lequel il prescrivait (article 2240 du Code civil), la demande en justice (articles 2241 à 2243 du Code civil), un acte d'exécution forcée (articles 2244 à 2246 du Code civil).

Conformément à l'article L114-3 du Code des assurances :

« Par dérogation à l'Article 2254 du Code civil, 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. »

> 7.7.6 Fausses déclarations

Lorsqu'elles changent l'objet du risque ou en diminuent notre opinion toute réticence ou déclaration intentionnellement fautive de la part du Bénéficiaire ou du Souscripteur entraîne la nullité du contrat. Les primes payées nous demeurent acquises et nous serons en droit d'exiger le paiement des primes échues article L113-8 du Code des assurances).

Toute omission ou déclaration inexacte de la part du Bénéficiaire ou du Souscripteur dont la mauvaise foi n'est pas établie entraîne la résiliation du contrat 10 jours après la notification qui lui sera adressée par lettre recommandée et/ou l'application de la réduction des indemnités (article L113-9 du Code des assurances).

> 7.7.7 Déchéance pour déclaration frauduleuse

En cas de sinistre ou demande d'intervention au titre des prestations d'assistance et/ou des garanties d'assurance, si sciemment, le Souscripteur ou le Bénéficiaire utilisent comme justificatifs, des documents inexacts ou usent de moyens frauduleux ou font des déclarations inexacts ou réticentes, ils seront déchus de tout droit aux prestations d'assistance et garanties d'assurance, prévues dans la présente convention d'assistance, pour lesquelles ces déclarations sont requises.

> 7.7.8 Cumul des garanties

Si les risques couverts par le présent contrat sont couverts par une autre assurance, le Souscripteur ou le Bénéficiaire doivent Nous informer du nom de l'assureur auprès duquel une autre assurance a été souscrite (article L121-4 du Code des assurances) dès que cette information a été portée à votre connaissance et au plus tard lors de la déclaration de sinistre.

> 7.7.9 Réclamations - Litiges

En cas de réclamation ou de litige, le Souscripteur ou le Bénéficiaire peuvent s'adresser à :

Europ Assistance
23 avenue des Fruitières
CS 20021
93212 Saint-Denis cedex
service.qualite@europ-assistance.fr

Si le délai de traitement doit excéder les dix jours ouvrés, une lettre d'attente leur sera adressée dans ce délai. Une réponse écrite à la réclamation sera transmise dans un délai maximum de deux mois à compter de la date de réception de la réclamation initiale.

Si le litige persiste après examen de votre demande par notre Service Remontées Clients, ils pourront saisir le Médiateur par courrier postal ou par internet :

La Médiation de l'Assurance
TSA 50110
75441 Paris Cedex 09
<http://www.mediation-assurance.org/>

Le Souscripteur ou le Bénéficiaire restent libres de saisir, à tout moment, la juridiction compétente.

> 7.7.10 Autorité de contrôle

L'autorité chargée du contrôle est :

l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution
ACPR
4 place de Budapest
CS 92459
75436 Paris Cedex 09

> 7.7.11 Protection des données personnelles

EUROP ASSISTANCE, entreprise régie par le Code des assurances, ayant son siège social au 2 rue Pillet-Will 75009 Paris (ci-après dénommée « l'Assureur »), agissant en qualité de responsable de traitement, met en œuvre un traitement de données à caractère personnel du Bénéficiaire ayant pour finalités de :

- gérer les demandes d'assistance et d'assurance ;
- organiser des enquêtes de satisfaction auprès des assurés ayant bénéficié des services d'assistance et d'assurance ;
- élaborer des statistiques commerciales et des études actuarielles ;
- examiner, accepter, contrôler et surveiller le risque ;
- gérer les contentieux potentiels et mettre en œuvre les dispositions légales ;
- mettre en œuvre les obligations de vigilance dans le cadre de la lutte contre le blanchiment d'argent, les mesures de gel des avoirs, la lutte contre le financement du terrorisme et les sanctions financières, y inclus le déclenchement d'alertes et les déclarations de suspicion ;
- mettre en œuvre des mesures visées à la lutte contre la fraude à l'assurance ;
- gérer l'enregistrement des conversations téléphoniques avec les salariés de l'Assureur ou ceux de ses sous-traitants aux fins de former et évaluer les salariés et améliorer la qualité du service ainsi que pour gérer des contentieux potentiels.

Le Bénéficiaire ainsi que toute autre personne susceptible de rentrer en contact avec Europ Assistance, désigné ci-après « les personnes concernées », sont informés et acceptent que leurs données personnelles soient traitées pour les finalités précitées. Ce traitement est mis en œuvre en application du contrat.

Les données collectées sont obligatoires. En l'absence de communication de ces données, la gestion des demandes d'assistance et d'assurance des personnes concernées sera plus difficile voire impossible à gérer.

À cet effet, les personnes concernées sont informées que leurs données personnelles sont destinées à l'Assureur, responsable de traitement, au souscripteur, aux sous-traitants, aux filiales et aux mandataires de l'Assureur. En vue de satisfaire aux obligations légales et réglementaires, l'Assureur peut être amené à communiquer des informations aux autorités administratives ou judiciaires légalement habilitées.

Les données personnelles des personnes concernées sont conservées pour une durée variable selon la finalité poursuivie (6 mois pour les enregistrements téléphoniques, 10 ans pour les traitements en lien avec le médical, 5 ans pour les autres traitements), augmentée des durées de conservation obligatoires en matière de comptabilité et de la durée légale de prescription.

Les personnes concernées sont informées et acceptent que les données à caractère personnel le concernant soient communiquées à des destinataires, situés dans des pays tiers non-membres de l'Union européenne, disposant d'une protection équivalente. Les transferts de données à destination de ces pays tiers sont encadrés par une convention de flux transfrontaliers établie conformément aux clauses contractuelles types de responsables à sous-traitants émises par la Commission européenne et actuellement en vigueur.

Ces flux ont pour finalité la gestion des demandes d'assistance et d'assurance. Les catégories de données suivantes sont concernées :

- données relatives à l'identité (notamment : nom, prénoms, sexe, âge, date de naissance, numéro de téléphone, courrier électronique) et à la vie personnelle (notamment : situation familiale, nombre des enfants),
- données de localisation,
- données de santé, y compris le numéro de sécurité sociale (NIR).

Les personnes concernées en leur qualité de personne concernée par le traitement, sont informées qu'elles disposent d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement et de portabilité de ses données, ainsi que d'un droit de limitation du traitement. Elles disposent en outre d'un droit d'opposition pour motif légitime. Les personnes concernées ont le droit de retirer leur consentement à tout moment, sans porter atteinte à la licéité du traitement fondé sur le consentement avant le retrait de celui-ci. Par ailleurs, elles disposent d'un droit de formuler des directives spécifiques et générales concernant la conservation, l'effacement et la communication de ses données post-mortem.

L'exercice des droits des personnes concernées s'effectue, auprès du Délégué à la protection des données, par courrier accompagné de la photocopie d'un titre d'identité signé, à l'une ou l'autre des adresses suivantes :

- soit par voie électronique :
protectiondesdonnees@europ-assistance.fr,
- soit par voie postale :
EUROP ASSISTANCE - À l'attention du Délégué à la protection des données - 23-27 Avenue des Fruitières - 93210 Saint-Denis

Enfin, les personnes concernées sont informées qu'elles ont le droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés.

> 7.7.12 Droit d'opposition des consommateurs au démarchage téléphonique

Si le Souscripteur ou le Bénéficiaire est un consommateur et qu'il ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique, il peut s'inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique sur le site internet : www.bloctel.gouv.fr.

EUROP ASSISTANCE pourra cependant toujours le contacter, directement, ou par l'intermédiaire d'un tiers agissant pour son compte, concernant son contrat, ou pour lui proposer des produits ou services afférents ou complémentaires à celui-ci ou de nature à l'améliorer.

7.8 Annexes : Tableaux de garanties et des franchises

PRESTATIONS ET GARANTIES	MONTANTS MAXIMUMS TTC	Visiteurs	Intervenants	Collaborateurs
<input checked="" type="checkbox"/> ASSISTANCE AUX PERSONNES EN CAS DE MALADIE OU BLESSURE				
• Transport/rapatriement	Frais réels	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
• Prolongation de séjour de l'Assuré ou d'un accompagnant assuré	Hôtel 300 € / nuit (max. 3 000 €)	NON	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
• Retour d'un accompagnant Bénéficiaire	Billet retour	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
• Présence d'un proche en cas d'hospitalisation	Billet AR + 300 € / nuit (max. 5 000 €)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
• Transport jusqu'au lieu de domicile si hospitalisation supérieure à 3 jours	80 €	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
• Poursuite de la mission professionnelle : Retour sur le lieu de mission après un rapatriement organisé par EA	Billet retour	NON	NON	<input checked="" type="checkbox"/>
• Collaborateur de remplacement	Billet AR	NON	NON	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> FRAIS MÉDICAUX *				
• Avance sur frais d'hospitalisation à l'étranger	100 000 €	NON	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
• Remboursement complémentaire des frais médicaux à l'Étranger	100 000 €	NON	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- Franchise des frais médicaux	30 €			
<input checked="" type="checkbox"/> ASSISTANCE EN CAS DE DÉCÈS				
• Transport de corps	Frais réels	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
• Frais de cercueil ou d'urne (dans le cadre du transport de corps)	3 000 €	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
• Retour d'un accompagnant Bénéficiaire	Billet retour	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
• Reconnaissance de corps et formalités décès	1 Billet AR + hôtel 300 € / nuit (max 5 nuits)	NON	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
• Collaborateur de remplacement	Billet aller	NON	NON	<input checked="" type="checkbox"/>

* **Frais Médicaux et Hospitalisation : Remboursement complémentaire à tout organisme de prévoyance et non au 1^{er} euro.**

Pour bénéficier de ces remboursements, le Bénéficiaire doit relever obligatoirement d'un régime primaire d'Assurance Maladie ou de tout organisme de prévoyance, effectuer, au retour dans son pays de Domicile ou sur place, toutes les démarches nécessaires au recouvrement de ces frais auprès des organismes concernés et nous communiquer les pièces justificatives mentionnées ci-après.

PRESTATIONS ET GARANTIES	MONTANTS MAXIMUMS TTC	Visiteurs	Intervenants	Collaborateurs
<input checked="" type="checkbox"/> ASSISTANCE VOYAGE				
• Frais de recherche et de secours en mer et en montagne	20 000 €	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
• Acheminement de médicaments à l'Étranger	Frais d'envoi	NON	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
• Remboursement des honoraires d'avocat à l'Étranger	20 000 €	NON	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
• Avance de la caution pénale à l'Étranger	60 000 €	NON	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
• Informations voyage	-	NON	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
• Informations santé	-	NON	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
• Assistance en cas de modification de voyage	Organisation	NON	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
• Soutien psychologique : - Accident, Agression ou tentative d'agression, décès d'un membre de la famille, Attentat ou Catastrophe naturelle, kidnapping, détournement aérien	5 entretiens téléphoniques	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- Agression de l'Assuré avec Dommages corporels	Consultations 1 500 €	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- Consultations pour les ayants droit ou l'accompagnant en cas de décès de l'assuré	Consultations 3 000 € / événement	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> ASSISTANCE AUX BIENS				
• Envoi de dossiers	Organisation	NON	NON	<input checked="" type="checkbox"/>
• Aide téléphonique d'un interprète si nécessaire pour communiquer avec les autorités locales	-	NON	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
• Assistance en cas de vol, perte ou destruction des documents d'identité ou des moyens de paiement ou des clés : - Informations démarches administratives		NON	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- Avance de fonds	3 000 €	NON	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- Prolongation de séjour : hébergement	300 €/nuit (max. 3 000 €)	NON	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- En cas de perte des clés ou bris des clés de la résidence : · Prise en charge des frais d'envoi des clés de rechange	50 €	NON	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
· ou Prise en charge des frais de réfection des clés du domicile	150 € / an	NON	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> BAGAGES ET EFFETS PERSONNELS				
• Vol, destruction totale ou partielle, perte pendant l'acheminement par une entreprise de transport	5 000 €	NON	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
• Objets précieux (perles, bijoux et montres portés, fourrures, collections et échantillons professionnels, portables informatiques) : limités à 50 % du montant de la garantie	10 %	Non couvert	Spécifique	Spécifique
• Franchise pour les portables informatiques de l'entreprise et les échantillons et les collections professionnels	50 €	Non concerné	Spécifique	Spécifique
• Franchise pour les dommages aux valises	50 €	Non concerné	Spécifique	Spécifique
• Retard de livraison des bagages	Indemnité forfaitaire : 300 €	NON	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
• Frais de reconstitution des documents d'identité	150 €	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

8. La vie du contrat

8.1 Formation - Durée - Résiliation

> 8.1.1 Effet du contrat

Le contrat prend effet à la date indiquée aux Dispositions Particulières.

> 8.1.2 Durée du contrat

Sauf convention contraire, le contrat est conclu pour une durée d'un an et il est tacitement reconduit d'année en année sauf résiliation.

> 8.1.3 Résiliation du contrat

Conformément à l'article L113-14 du code des assurance le souscripteur* peut résilier le contrat :

- par lettre y compris recommandée, ou tout autre support durable ;
- par déclaration faite contre récépissé, au siège de l'assureur ou chez le représentant désigné aux Dispositions Particulières ;
- par acte extrajudiciaire ;
- si le contrat a été conclu par un mode de communication à distance, par le même mode de communication.

Le contrat peut être résilié par l'Assureur :

- par lettre recommandée adressée au dernier domicile connu du Souscripteur*.

Circonstances	Délais, procédure et conséquences
Résiliation par l'Assuré* ou l'Assureur	
À chaque échéance anniversaire*. (article L113-12 du Code des assurances).	Moyennant un préavis de deux mois avant l'échéance anniversaire*, par lettre recommandée, le cachet de la poste faisant foi. La résiliation intervient le jour de l'échéance anniversaire* à 0 heure.
En cas de survenance de l'un des événements suivants : <ul style="list-style-type: none"> • changement de domicile, • changement de situation matrimoniale, • changement de régime matrimonial, • changement de profession, • retraite, • cessation d'activité professionnelle, et si le risque assuré, en relation directe avec la situation antérieure ne se retrouve pas dans la situation nouvelle. (article L113-16 du Code des assurances).	Dans un délai de 3 mois : <ul style="list-style-type: none"> • à partir de l'événement pour le Souscripteur*, • à partir de la date à laquelle l'Assureur en a eu connaissance. La résiliation prend effet le 31 ^{ème} jour à 0 heure après la notification à l'autre partie par lettre recommandée avec accusé réception. L'Assureur ristourne la portion de cotisation afférente à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru.

Circonstances	Délais, procédure et conséquences
Résiliation par l'Assuré*	
En cas de diminution du risque si l'Assureur ne réduit pas la cotisation en conséquence. (article L113-4 du Code des assurances).	La résiliation prend effet le 31 ^{ème} jour à 0 heure à compter de l'envoi de la lettre recommandée. L'Assureur ristourne la portion de cotisation afférente à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru.
En cas de résiliation par l'Assureur, suite à un sinistre, d'un autre des contrats du Souscripteur*. (article R113-10 du Code des assurances).	Dans le mois suivant la notification de la résiliation du contrat sinistré. La résiliation prend effet le 31 ^{ème} jour à 0 heure à compter du lendemain de l'envoi de la lettre recommandée adressée par l'Assuré*. L'Assureur ristourne la portion de cotisation afférente à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru.
En cas d'augmentation pour motifs techniques de la cotisation par l'Assureur, autre que la majoration liée à la variation de l'indice éventuellement prévu.	Dans un délai d'1 mois suivant la réception de l'avis de cotisation ou de l'échéancier. La résiliation prend effet le 31 ^{ème} jour à 0 heure à compter du lendemain de l'envoi de la lettre recommandée adressée par l'Assuré*. L'Assureur a droit à la portion de cotisation qui aurait été due, sur les bases de l'ancien tarif, entre la dernière échéance et la date d'effet de la résiliation.
Résiliation par l'Assureur	
Pour non-paiement par l'Assuré* de sa cotisation. (article L113-3 du Code des assurances).	Par lettre recommandée valant mise en demeure au dernier domicile connu de l'Assuré* qui notifie : <ul style="list-style-type: none"> • la suspension des garanties du contrat 30 jours après l'envoi de la lettre recommandée, • la résiliation à l'expiration d'un délai supplémentaire de 10 jours. Si le paiement intervient pendant la période de suspension, le contrat est remis en vigueur le lendemain à midi du jour du paiement. La résiliation intervient le 41 ^{ème} jour à 0 heure à compter de la date d'envoi de la mise en demeure sauf si la cotisation est payée entre-temps. La suspension et la résiliation ne dispensent pas l'Assuré* du paiement de la cotisation dont il est redevable, ni des frais de mise demeure et des intérêts moratoires dus à compter de l'envoi de cette mise en demeure. L'Assureur conserve, à titre de dommages et intérêts la portion de cotisation postérieure à la date d'effet de la résiliation.

Circonstances	Délais, procédure et conséquences
Pour omission ou inexactitude des déclarations à la souscription ou en cours de contrat constatée avant tout sinistre*. (article L113-9 du Code des assurances).	Après l'envoi d'une lettre recommandée adressée par l'Assureur au Souscripteur*, la résiliation intervient le 11 ^{ème} jour à 0 heure après la date d'envoi de cette lettre. L'Assureur ristourne la portion de cotisation afférente à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru.
Pour aggravation du risque en cours de contrat. (article L113-4 du Code des assurances).	L'Assureur peut : <ul style="list-style-type: none"> soit résilier le contrat avec un préavis de 10 jours La résiliation intervient le 11 ^{ème} jour à 0 heure après la date d'envoi de cette lettre. La portion de cotisation afférente à la période postérieure à la date d'effet de la résiliation est ristournée par l'Assureur. <ul style="list-style-type: none"> soit proposer une augmentation de cotisation En cas d'absence d'acceptation ou de refus, l'Assureur peut, dans les 30 jours, résilier le contrat. La résiliation prendra effet le 31 ^{ème} jour à 0 heure à compter de l'envoi de la proposition. La portion de cotisation afférente à la période postérieure à la date d'effet de la résiliation est ristournée par l'Assureur.
Après sinistre*. (article R113-10 du Code des assurances).	L'Assureur peut notifier au Souscripteur*, par lettre recommandée, la résiliation du contrat. La résiliation intervient le 31 ^{ème} jour à 0 heure à compter du lendemain de la date d'envoi de cette lettre. Le Souscripteur* peut résilier ses autres contrats, dans le mois suivant la notification de la résiliation du contrat sinistré. L'Assureur ristourne la portion de cotisation afférente à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru.
Autres cas	
En cas de décès du Souscripteur*	La résiliation intervient de plein droit le lendemain du décès. Si le décès résulte d'un événement non garanti, l'Assureur ristourne la portion de cotisation afférente à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru. Si le contrat est souscrit au profit d'un ensemble d'Assurés*, l'assurance continue au profit de ceux-ci, à charge pour eux d'exécuter toutes les obligations dont le souscripteur* était tenu en vertu du présent contrat.
Si plus aucun Assuré* ne remplit les conditions requises pour la qualité d'assuré*.	La résiliation intervient de plein droit le 1 ^{er} jour où il ne remplit plus lesdites conditions. L'Assureur ristourne la portion de cotisation afférente à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru.
En cas de retrait de l'agrément administratif de l'Assureur. (article L326-12 du Code des assurances).	Résiliation de plein droit le 40 ^{ème} jour à midi à compter de la publication de la décision au Journal Officiel. La portion de cotisation afférente à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru est remboursée.

8.2 Les déclarations et leurs conséquences

> 8.2.1 Déclarations de l'Assuré

Le contrat est établi d'après les déclarations du Souscripteur* figurant aux Dispositions Particulières et la cotisation est fixée en conséquence.

1. À la souscription du contrat :

Le Souscripteur* doit répondre exactement aux questions qui lui sont posées et aux demandes de renseignements figurant sur les documents de souscription.

Les réponses du Souscripteur* sont reproduites dans les Dispositions Particulières du contrat.

2. En cours de contrat :

Le Souscripteur* doit déclarer par lettre recommandée ou verbalement contre récépissé au Siège de l'Assureur ou chez l'Intermédiaire désigné aux Dispositions Particulières toutes modifications qui rendent inexactes ou caduques les déclarations figurant aux Dispositions Particulières, dans les 15 jours où il en a connaissance.

L'inobservation de ce délai, si elle cause un préjudice à l'Assureur, entraîne la perte de tout droit aux garanties liées à la modification ou l'application des règles relatives aux omissions ou fausses déclarations.

Si les modifications constituent une aggravation de risque :

- soit l'Assureur résilie le contrat conformément aux règles et modalités énoncées au chapitre « Résiliation du contrat »,
- soit l'Assureur propose une majoration de cotisation.

En l'absence de réponse ou d'acceptation de la majoration de cotisation par le Souscripteur* dans les 30 jours qui suivent la proposition, l'Assureur peut résilier le contrat conformément aux règles et obligations énoncées au paragraphe « Résiliation du contrat ».

Si les modifications constituent une diminution de risque :

- soit l'Assureur diminue la cotisation en conséquence,
- soit le Souscripteur* peut résilier son contrat conformément aux règles et modalités énoncées au paragraphe « Résiliation du contrat ».

> 8.2.2 Conséquences des déclarations non-conformes

En cas de réticence ou fausse déclaration intentionnelle modifiant l'appréciation du risque assuré par l'Assureur, le contrat est nul et la prime payée demeure acquise à l'Assureur, à titre de pénalité.

En cas d'omission ou déclaration inexacte non intentionnelle, constatée avant un sinistre*, l'Assureur peut résilier le contrat avec un préavis de 10 jours en restituant à l'Assuré* le prorata de prime ou augmenter la prime à due proportion.

Si cette omission ou fausse déclaration non intentionnelle est constatée après un sinistre*, l'indemnité sera réduite à proportion de la part de prime payée rapportée à ce qu'elle aurait dû être si l'Assureur avait eu une connaissance exacte de la situation de l'Assuré*.

8.3 Modification du contrat

> 8.3.1 Par suite de modification du risque

Les modifications du contrat résultant des déclarations du Souscripteur* sont régies par le chapitre « Les déclarations et leurs conséquences ».

Il peut s'agir d'une aggravation ou d'une diminution du risque ou d'un nouveau risque.

Ces modifications donnent lieu à l'établissement d'un avenant précisant leur date d'effet ainsi que les nouvelles conditions contractuelles. Cet avenant précisera également si la cotisation est modifiée et quel en est alors le nouveau montant.

L'émission d'un avenant entraîne la perception de frais fixes dans les conditions mentionnées au chapitre « La Cotisation ».

> 8.3.2 Modification à l'initiative de l'Assureur

À chaque échéance anniversaire* du contrat, l'Assureur peut proposer au Souscripteur* de le modifier, la modification consistant notamment en une majoration des cotisations (cf. chapitre « La cotisation »), une révision des franchises* ou la modification des garanties.

Dans ce cas, le Souscripteur* sera informé par écrit des modifications apportées ou susceptibles d'être apportées à ses droits et obligations, avant la date prévue de leur prise d'effet.

Les modifications s'appliqueront lors du renouvellement du contrat sous réserve du consentement du Souscripteur*.

Le consentement du Souscripteur* peut être prouvé par tout moyen de droit.

De convention expresse, ce consentement est réputé acquis par le paiement sans réserve de la cotisation faisant suite à ces modifications, de même qu'en cas de prélèvement bancaire n'ayant soulevé ni réserve ni opposition de la part du Souscripteur* auprès de l'Assureur dans les trente jours suivant son exécution.

En cas de refus d'une modification, le Souscripteur* peut demander la résiliation du contrat dans les 30 jours à compter de l'envoi de la proposition, la résiliation prenant effet à la date d'échéance anniversaire* du contrat.

8.4 La cotisation

La cotisation globale est fixée aux Dispositions Particulières. Elle est exprimée en euros et comprend la cotisation nette (afférente au risque) hors taxe, les frais accessoires, les taxes et les charges parafiscales.

Elle est fixée d'après les déclarations du Souscripteur* reproduites aux Dispositions Particulières et en fonction du montant et de la nature des garanties souscrites.

La cotisation totale est due par le Souscripteur*.

Tout avenant peut entraîner la perception de frais en faveur de l'Assureur.

Si cet avenant entraîne la perception d'une cotisation nette supplémentaire, ces frais seront perçus en sus de celle-ci.

Si cet avenant entraîne l'émission d'une ristourne en faveur de l'Assuré*, ces frais seront déduits de la cotisation ristournée.

Seule la part de cotisation nette et les taxes correspondantes ainsi que les charges parafiscales récupérables auprès des Administrations concernées peuvent faire l'objet d'un remboursement en cas d'avenant, notamment en cas de résiliation autres que pour non-paiement ou résiliation après sinistre* garanti, entraînant une ristourne.

> 8.4.1 Variation de la cotisation

En cours de période d'assurance, la cotisation peut varier en cas de « Modifications du contrat », notamment en cas de changement de garanties ou en cas d'aggravation ou de diminution des risques.

L'avenant de modification précise alors le montant de la cotisation supplémentaire ou de la ristourne.

Par ailleurs, en cas de modification du taux de taxe sur les conventions d'assurance ou d'une charge parafiscale, celle-ci sera appliquée conformément aux dispositions réglementaires.

> 8.4.2 Modification du tarif

Si pour des raisons techniques, l'Assureur modifie les conditions de tarif applicables au présent contrat, la cotisation du contrat et/ou les franchises* seront modifiées dès la première échéance annuelle suivant cette modification. Le Souscripteur* en sera informé par une mention sur l'avis d'échéance.

Dans ce cas, le Souscripteur* peut résilier le contrat conformément aux règles et modalités énoncées au chapitre « Résiliation du contrat ».

De convention expresse, le paiement de la cotisation majorée vaut acceptation irrévocable de la majoration proposée.

La possibilité de résiliation ci-dessus ne s'applique ni à la majoration liée à la variation de l'indice contractuel éventuellement prévu par le contrat ni à l'augmentation des taxes et charges parafiscales ou tout autre élément de la cotisation qui serait ajouté en application de dispositions légales.

> 8.4.3 Paiement de la cotisation

La cotisation et ses accessoires, ainsi que les taxes et charges parafiscales y afférents, sont à payer au plus tard dix jours après la date d'échéance indiquée aux Dispositions Particulières.

Le paiement de la cotisation est effectué d'avance au Siège ou auprès de l'Intermédiaire mentionné sur l'avis d'échéance ou de tout organisme auquel l'Assureur aurait délégué l'encaissement. Il peut être fractionné selon le choix du Souscripteur* : périodicité annuelle, semestrielle, trimestrielle ou mensuelle.

Le paiement et l'encaissement de cotisations inexactes ou partielles ne sauraient valoir délivrance ou maintien des garanties.

> 8.4.4 Conséquences du non-paiement de la cotisation

À défaut du paiement de la cotisation dans le délai prévu au paragraphe « Paiement de la cotisation », l'Assureur adresse au dernier domicile connu du Souscripteur*, une lettre recommandée de mise en demeure qui entraînera :

- la suspension des garanties du contrat si le Souscripteur* ne paie pas l'intégralité de la cotisation totale restant due à l'expiration d'un délai de 30 jours ;
- la résiliation du contrat si le paiement de l'intégralité de la cotisation totale restant due n'est toujours pas intervenu dans les dix jours suivants.

Dans ce cas, la portion de cotisation relative à la période postérieure à la date d'effet de la résiliation sera acquise, à titre de dommages et intérêts, à l'Assureur qui pourra en poursuivre le recouvrement.

S'y ajouteront les frais de recouvrement et les intérêts de retard qui seront à la charge du Souscripteur*.

Le paiement s'effectue au Siège ou auprès de tout mandataire que l'Assureur aurait chargé du recouvrement.

L'encaissement de la cotisation postérieurement à la résiliation ne vaut pas renonciation à se prévaloir de la résiliation déjà acquise.

Toute renonciation à une résiliation (acquise ou non) et toute remise en vigueur éventuelle du contrat restent soumis à l'accord exprès de l'Assureur, matérialisé par un avenant de remise en vigueur.

> 8.4.5 Paiement par prélèvement

Si le souscripteur* a opté pour un prélèvement des cotisations, celui-ci cessera dès qu'un prélèvement sera refusé par l'établissement bancaire.

L'intégralité de la cotisation annuelle, déduction faite des fractions de cotisation déjà réglées, sera alors exigible et le mode de paiement annuel sera prévu pour les cotisations ultérieures.

En cas de non-paiement du solde de la cotisation, l'Assureur pourra en poursuivre le recouvrement comme indiqué ci-avant.

> 8.4.6 Résiliation du contrat en cours de période d'assurance

En cas de résiliation du contrat en cours de période d'assurance pour un motif autre que non-paiement, réalisation du risque, ou en cas d'annulation du contrat pour fausse déclaration, la part de cotisation correspondant à la période non courue sera restituée à l'Assuré* ainsi que les taxes y afférentes.

En revanche, les charges parafiscales non remboursables ainsi que les frais accessoires fixes seront conservés.

La ristourne sera calculée en tenant compte de l'ensemble des cotisations émises au titre du contrat, que celles-ci aient été encaissées ou non. Si des cotisations demeurent impayées, la ristourne sera prioritairement réglée par compensation avec ces cotisations et l'Assureur pourra poursuivre le recouvrement d'un éventuel solde après compensation.

8.5 Prescription

Conformément au Code des Assurances :

« Article L114-1

Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

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

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

Article L114-2

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre*. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée, ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressés par l'Assureur à l'Assuré* en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'Assuré* à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Article L114-3

Par dérogation à l'article 2254 du Code civil, 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. »

Conformément au Code civil :

Section 3 : Des causes d'interruption de la prescription.

Article 2240

La reconnaissance par le débiteur du droit contre lequel il prescrivait, interrompt le délai de prescription.

Article 2241

La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion.

Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure.

Article 2242

L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance.

Article 2243

L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée.

Article 2244

Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée.

Article 2245

L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers.

En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu.

Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers.

Article 2246

L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution. »

8.6 Dispositions diverses

> Loi applicable - tribunaux compétents

Les relations précontractuelles et contractuelles sont régies par la Loi Française.

Toute action judiciaire relative au présent contrat sera de la seule compétence des Tribunaux Français.

> Langue utilisée

La langue utilisée dans le cadre des relations contractuelles et précontractuelles est la langue Française.

> Intégralité du contrat

Le fait pour l'Assuré* de se prévaloir du présent contrat, notamment en effectuant des déclarations relatives au risque assuré, en déclarant un sinistre* ou en fournissant à une autre personne les références du contrat pour justifier d'une assurance, vaut acceptation irrévocable de l'ensemble des stipulations de celui-ci qui constituent un tout indivisible.

> Assurances cumulatives

Lorsque plusieurs assurances pour un même intérêt, contre un même risque, sont contractées sans fraude, chacune d'elles produit ses effets dans les limites des garanties du contrat quelle que soit la date à laquelle elle a été souscrite, sans que l'indemnité ainsi due ne puisse excéder le préjudice subi. Dans ces limites, et comme prévu au Chapitre « Le Sinistre » à l'Article « 6.2 Evaluation des préjudices indemnisables - 6.2.2 La détermination des indemnités - **Non cumul des prestations** » vous pouvez vous adresser à l'Assureur de votre choix.

Quand elles sont contractées de manière dolosive ou frauduleuse, les sanctions prévues à l'article L121-3 du Code des assurances (nullité du contrat et dommages intérêts) sont applicables.

8.7 L'information de l'Assuré

> 8.7.1 Examen des réclamations

Pour toute réclamation relative à la gestion de son contrat, ses cotisations ou encore ses sinistres*, l'Assuré* doit s'adresser prioritairement à son interlocuteur habituel qui est en mesure de lui fournir toutes informations et explications.

S'il ne reçoit pas une réponse satisfaisante, l'Assuré* peut adresser sa réclamation écrite (mentionnant les références du dossier concerné et accompagnée d'une copie des éventuelles pièces justificatives) à :

Generali
Service Réclamations
TSA 70100
75309 Paris Cedex 09
servicereclamations@generali.fr

Generali accusera réception de sa demande et y répondra dans les meilleurs délais.

Si l'Assuré* a souscrit son contrat par le biais d'un Intermédiaire et que sa demande relève du devoir de conseil et d'information de ce dernier ou concerne les conditions de commercialisation de son contrat, sa réclamation doit être exclusivement adressée à cet Intermédiaire.

La procédure ci-dessus ne s'applique pas si une juridiction a été saisie du litige, que ce soit par l'Assuré* ou par l'Assureur.

> 8.7.2 Médiation

En qualité de membre de la Fédération Française de l'Assurance, Generali applique la Charte de la Médiation mise en place au sein de cette Fédération.

la demande par notre service réclamations, l'Assuré* peut saisir la Médiation de la FFA :

- soit en écrivant à :

La Médiation de l'Assurance
TSA 50110
75441 Paris Cedex

- soit en déposant une demande en ligne à l'adresse :
<http://www.mediation-assurance.org>

L'Assureur précise cependant que le Médiateur ne peut être saisi qu'après que le Service Réclamations ait été saisi de la demande de l'Assuré* et y ait apporté une réponse.

La saisine du Médiateur n'est possible que dans la mesure où la demande de l'Assuré* n'a pas été soumise à une juridiction.

> 8.7.3 Information sur le traitement des données à caractère personnel de l'Assuré* - GENERALI IARD

Identification du responsable de traitement des données à caractère personnel

GENERALI IARD est responsable de traitement.

GENERALI IARD,

Société anonyme au capital de 94 630 300 euros,
Entreprise régie par le code des assurances - 552 062 663
RCS Paris, Siège social : 2 rue Pillet-Will - 75009 Paris -
Téléphone : 01 58 38 80 00.
Société appartenant au Groupe Generali, immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026.

Finalités du traitement des données à caractère personnel

Les données traitées ont pour finalité de satisfaire à la demande de l'Assuré* et de permettre la réalisation de mesures précontractuelles, d'actes de souscription, de gestion et d'exécution ultérieure du contrat, y compris des mesures de prévention en lien avec ce contrat.

A ce titre, elles pourront être utilisées à des fins de recouvrement, d'études statistiques et actuarielles, d'exercice de recours, de gestion des réclamations et contentieux, d'examen, d'appréciation, de contrôle et de surveillance du risque, et de respect des obligations légales, réglementaires et administratives. Ces informations pourront également être utilisées comme explicité ci-dessous pour des besoins de prospection commerciale sous réserve du consentement de l'Assuré* ou de son droit d'opposition, ainsi que pour permettre la lutte contre la fraude à l'assurance.

Les bases juridiques des traitements correspondant à ces finalités sont les suivantes :

Bases juridiques	Finalités de traitement
Exécution du contrat/ de l'adhésion ou de mesures précontractuelles	<ul style="list-style-type: none">• Réalisation de mesures précontractuelles telles que l'obligation d'information, délivrance de conseil, devis ou simulation d'assurance...• Réalisation d'actes de souscription/ d'adhésion, de gestion et d'exécution du contrat
Consentement pour les données de santé collectées dans le cadre de la souscription de garanties spécifiques	<ul style="list-style-type: none">• Recouvrement• Exercice des recours• Gestion des sinistres, réclamations et contentieux• Prise de décision automatisée y compris le profilage lié à la souscription / l'adhésion ou l'exécution du contrat / de l'adhésion. Certaines données peuvent entraîner des décisions sur la souscription / l'adhésion et l'exécution du contrat / de l'adhésion, notamment la tarification, l'ajustement des garanties• Examen, appréciation, contrôle et surveillance du risque

Bases juridiques	Finalités de traitement
Obligations légales	<ul style="list-style-type: none"> Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme Respect de toute obligation légale, réglementaire et/ou administrative
Intérêt légitime	<ul style="list-style-type: none"> Lutte contre la fraude, si besoin au moyen de techniques de ciblage et de profilage, afin de protéger les intérêts de l'ensemble des parties non-fraudeuses au contrat/ de l'adhésion. Études statistiques et actuarielles. Prospection commerciale et profilage lié à la prospection commerciale, y compris, si votre intermédiaire est un agent général GENERALI, afin de vous permettre de bénéficier d'une couverture d'assurance aussi complète que possible et de bénéficier de produits ou services contribuant à vos besoins de protection. Amélioration continue des offres, Amélioration continue des process, notamment la recherche des assurés et des bénéficiaires au moyen de confrontation de données en vue de fiabiliser nos bases de données à caractère personnel, et le renforcement de la connaissance des clients à risques au niveau du Groupe GENERALI.

Informations complémentaires dans le cadre du traitement des données à caractère personnel concernant l'Assuré* et non collectées auprès de lui :

Catégorie de données susceptibles d'être transmises à l'Assureur :

- État civil, identité, données d'identification
- Données de localisation (déplacements, données GPS, GSM, etc.)
- Informations d'ordre économique et financier (revenus, situation financière, situation fiscale, etc.)
- Numéro d'identification national unique

Source d'où proviennent les données à caractère personnel :

Ces données peuvent émaner d'organismes professionnels contribuant à la gestion des contrats d'assurance, d'autres organismes d'assurance et de toute autorité administrative.

Les données utilisées à des fins de prospection commerciale peuvent également être obtenues dans le cadre d'opérations de parrainage ou de la part d'organismes autorisés.

Destinataires ou catégories de destinataires des données à caractère personnel

Les données à caractère personnel concernant l'Assuré* pourront être communiquées en tant que de besoin et au regard des finalités mentionnées ci-dessus, aux entités du Groupe GENERALI ainsi qu'aux partenaires, intermédiaires, réassureurs et assureurs concernés, organismes professionnels, organismes sociaux des personnes concernées, aux sous-traitants et prestataires, dans la limite nécessaire à la réalisation des tâches leur incombant ou qui leur sont confiées. Par ailleurs, en vue de satisfaire aux obligations légales et réglementaires, GENERALI IARD pourra communiquer des données à caractère personnel à des autorités administratives et judiciaires légalement habilitées.

Au titre de la prévention de la lutte anti-blanchiment et du financement du terrorisme, ces données pourront également être partagées entre les entités juridiques du Groupe GENERALI pouvant se situer au sein et hors de l'Union Européenne, aux fins d'enrichir leurs processus de filtrage locaux et de mettre en œuvre une approche commune sur la classification des risques clients dans l'ensemble du Groupe GENERALI.

Localisation des traitements des données personnelles de l'Assuré*

Le Groupe GENERALI France a adopté des normes internes en matière de protection des données et de sécurité informatique afin de garantir la protection et la sécurité des données de l'Assuré.

Aujourd'hui, les data centers du Groupe GENERALI sur lesquels sont hébergées ces données sont localisés en France, en Italie et en Allemagne.

S'agissant des traitements réalisés hors du Groupe GENERALI France par des partenaires externes, une vigilance toute particulière est apportée quant à la localisation des traitements, leur niveau de sécurisation (opérationnel et technique) et le niveau de protection des données personnelles du pays destinataire, afin de garantir un niveau de protection optimal.

Les traitements réalisés aujourd'hui hors de l'Espace Economique Européen concernent des traitements liés à certains types d'actes de gestion, l'envoi ponctuel d'e-mails ou de SMS, la supervision d'infrastructures ou la maintenance de certaines applications. Ces traitements opérés depuis des pays tiers font l'objet d'un encadrement juridique conforme à la réglementation (Clauses Contractuelles Types, Règles d'entreprise contraignantes).

Ces documents sont disponibles sur demande écrite auprès du Délégué à la Protection des Données du Groupe GENERALI France, à l'adresse suivante : droitdaces@generalif.fr

Durée de conservation

Les données à caractère personnel de l'assuré sont conservées par GENERALI IARD selon les durées fixées par les législations, les réglementations applicables et les autorités administratives ainsi que ses contraintes opérationnelles, dont notamment la satisfaction de ses obligations comptables, la gestion pertinente de la relation client, l'instruction d'actions en justice ou de demandes émanant d'organismes publics.

Exercice des droits

Dans le cadre du traitement que l'Assureur effectue, l'Assuré* dispose dans les conditions prévues par la réglementation :

- D'un droit d'accès** : Droit de prendre connaissance des données personnelles le concernant dont l'assureur dispose et demander que l'assureur lui en communique l'intégralité.
- D'un droit de rectification** : droit de demander à corriger ses données personnelles notamment en cas de changement de situation.
- D'un droit de suppression** : droit de demander la suppression de ses données personnelles notamment lorsque ces dernières ne sont plus nécessaires ou lorsqu'il retire son consentement au traitement de certaines données sauf s'il existe un autre fondement juridique à ce traitement.
- Du droit de définir des directives** relatives au sort de ses données personnelles en cas de décès.
- D'un droit à la limitation du traitement** : droit de demander à l'Assureur de limiter le traitement de ses données personnelles.
- D'un droit à la portabilité des données** : droit de récupérer dans un format structuré les données qu'il a fournies à l'Assureur lorsque ces dernières sont nécessaires au contrat ou lorsqu'il a consenti à l'utilisation de ces données. Ces données peuvent être transmises directement au responsable de traitement de son choix lorsque cela est techniquement possible.
- D'un droit de retrait** : droit de retirer le consentement donné pour un traitement fondé sur cette base. Ce retrait vaut pour l'avenir et ne remet pas en cause la licéité des traitements déjà effectués. Il est susceptible de rendre l'exécution du contrat impossible sans être pour autant une cause de résiliation reconnue par le droit des assurances.
- D'un droit d'opposition** : droit de s'opposer au traitement de ses données personnelles, notamment concernant la prospection commerciale et plus généralement les finalités de traitement ayant pour base légale l'intérêt légitime.

L'Assuré* peut exercer ses droits sur simple demande à l'adresse suivante :

GENERALI IARD
Conformité
Délégué à la protection des données personnelles
TSA 70100
75309 Paris Cedex 09

Ou à l'adresse électronique : droitdaces@generali.fr

Il pourra être demandé à l'Assuré* de justifier de son identité si l'Assureur ne parvient pas à l'identifier de façon certaine.

Cas spécifique dans le cadre du démarchage téléphonique

Si l'Assuré* est un consommateur et qu'il ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique, il peut s'inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique sur le site internet www.bloctel.gouv.fr.

L'Assureur pourra cependant toujours le contacter, directement, ou par l'intermédiaire d'un tiers agissant pour son compte, concernant son contrat, ou pour lui proposer des produits ou services afférents ou complémentaires à celui-ci ou de nature à l'améliorer.

Profilage et prise de décision automatisée

Dans le cadre de la souscription et l'exécution du contrat, les risques à assurer peuvent, à partir d'informations concernant l'Assuré* ou concernant ses biens, être appréciés et quantifiés suivant des traitements automatisés ou faire intervenir des éléments de profilage le concernant. De tels traitements peuvent avoir un impact sur la tarification ou l'ajustement des garanties. L'Assuré* dispose du droit d'obtenir une intervention humaine de la part du responsable du traitement, d'exprimer son point de vue et de contester la décision. L'Assuré* peut exercer ces droits à l'adresse mentionnée pour l'exercice de ses droits.

Droit d'introduire une réclamation concernant le traitement des données à caractère personnel de l'Assuré

Par ailleurs, l'Assuré* peut introduire une réclamation concernant le traitement de ses données à caractère personnel auprès de la :

Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
3 Place de de Fontenoy TSA 80715
75334 Paris Cedex 07

Prospection

Certaines données concernant l'Assuré* ou concernant les risques à assurer sont collectées par les entités du Groupe GENERALI et/ou par l'agent général de l'Assuré (si son intermédiaire intervient en cette qualité). Elles peuvent ou pourront entraîner des décisions automatisées ou fondées sur le profilage, consistant notamment à lui adresser certaines offres commerciales : dans le cadre d'opérations de prospection commerciale, et/ou afin de lui permettre de bénéficier d'une couverture d'assurance aussi complète que possible et de bénéficier de produits ou services contribuant à ses besoins de protection en matière d'assurance.

L'Assuré* dispose d'un droit d'opposition à recevoir des offres commerciales ainsi que du droit de s'opposer au profilage de ses données lié à la prospection qu'il peut exercer auprès du Délégué à la Protection des Données Personnelles dont les coordonnées sont communiquées ci- dessous.

Coordonnées du Délégué à la Protection des Données Personnelles

Pour toute demande, l'Assuré* peut contacter le Délégué à la Protection des Données Personnelles à l'adresse suivante :

GENERALI IARD
Conformité
Délégué à la Protection des Données Personnelles
TSA 70100
75309 Paris Cedex 09

Ou à l'adresse électronique : droitdaces@generali.fr

Pour plus d'information sur notre politique en matière de cookies, l'Assureur vous invite à consulter son site : <https://www.generali.fr/cookies>.



Generali Iard

Société anonyme au capital de 94 630 300 euros
Entreprise régie par le Code des assurances - 552 062 663 RCS Paris
Siège social : 2 rue Pillet-Will - 75009 Paris

Société appartenant au Groupe Generali immatriculé
sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026

