



**OPCO SANTE  
31 RUE ANATOLE FRANCE  
92300 LEVALLOIS-PERRET**

**MARCHE PUBLIC DE SERVICES D'ASSURANCES**

**LOT 5 INDIVIDUELLE ACCIDENT**

# **CAHIER DES CLAUSES TECHNIQUES PARTICULIERES**

## SOMMAIRE

|                                                                   |           |
|-------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>PREAMBULE .....</b>                                            | <b>3</b>  |
| <b>I. DISPOSITIONS PARTICULIÈRES DU CONTRAT .....</b>             | <b>5</b>  |
| A. SOUSCRIPTEUR.....                                              | 5         |
| B. OBJET DU MARCHÉ .....                                          | 5         |
| C. COURTIER MANDATAIRE OU GESTIONNAIRE DU CONTRAT .....           | 5         |
| D. ASSUREUR(S) .....                                              | 5         |
| E. DURÉE DU MARCHÉ.....                                           | 5         |
| F. MODALITÉS DE RÉSILIATION DU CONTRAT .....                      | 6         |
| G. CONNAISSANCE DU RISQUE.....                                    | 6         |
| H. MODIFICATION D'UN RISQUE EN COURS DE PERIODE D'ASSURANCE ..... | 6         |
| I. MONTANT DES GARANTIES .....                                    | 6         |
| J. FRANCHISE .....                                                | 8         |
| K. PRIME.....                                                     | 8         |
| L. VARIATION DU TAUX ET DE LA PRIME.....                          | 8         |
| M. TERRITORIALITÉ .....                                           | 9         |
| N. ENGAGEMENT DE L'ASSUREUR.....                                  | 9         |
| <b>II. INDIVIDUELLE ACCIDENT .....</b>                            | <b>12</b> |
| A. OBJET DE LA GARANTIE .....                                     | 12        |
| B. DÉFINITIONS .....                                              | 12        |
| C. NATURE DES GARANTIES .....                                     | 14        |
| <b>III. EXCLUSIONS .....</b>                                      | <b>19</b> |
| <b>IV. GESTION DES SINISTRES.....</b>                             | <b>22</b> |
| <b>V. APPLICATION DE LA GARANTIE DANS LE TEMPS .....</b>          | <b>24</b> |
| <b>VI. DEFINITIONS.....</b>                                       | <b>25</b> |

## **PREAMBULE**

**Les dispositions particulières et communes du Cahier des charges priment sur toutes autres conditions et conventions spéciales de l'Assureur éventuellement annexées.**

**Lesdites conditions et conventions spéciales de l'Assureur complètent ou remplacent les dispositions du cahier des charges si celles-ci sont plus favorables à l'assuré.**

**L'Assureur déclare avoir eu connaissance de tout renseignement nécessaire à une juste appréciation des risques et accepte de les garantir aux seules conditions stipulées au présent marché.**

# PREMIÈRE PARTIE : DISPOSITIONS PARTICULIÈRES

## I. DISPOSITIONS PARTICULIÈRES DU CONTRAT

### A. SOUSCRIPTEUR

OPCO SANTE  
31 RUE ANATOLE FRANCE  
92300 LEVALLOIS-PERRET

### B. OBJET DU MARCHÉ

- LOT 5 INDIVIDUELLE ACCIDENT

#### Assurés :

- Les Administrateurs (titulaires et suppléants)
- Le Commissaire du Gouvernement désignée par l'Etat et le Contrôleur financier de l'Etat et toutes autres personnes émanant d'autres autorités de contrôle.

Sans aucune restriction d'âge. Les assurés peuvent utiliser tous les moyens habituels de transport pour se rendre et revenir de leurs missions.

Les garanties sont acquises aux assurés quel que soit le nombre de missions effectuées au cours de l'année, y compris les trajets nécessaires pour se rendre et revenir de leur lieu de mission.

#### NOTA BENE :

Sous réserve des dispositions de l'article L.113-10 du Code des assurances, les Souscripteurs devront communiquer à l'Assureur, au plus tard dans un délai de 3 mois après la date d'échéance annuelle du contrat les personnes concernées par le présent contrat (avec un delta d'exactitude de 10 %).

### C. COURTIER MANDATAIRE OU GESTIONNAIRE DU CONTRAT

Le cas échéant, en cas de groupement.  
Nom complété lors de l'émission du contrat.

### D. ASSUREUR(S)

Le cas échéant, en cas de groupement.  
Nom complété lors de l'émission du contrat.

### E. DURÉE DU MARCHÉ

La durée initiale du marché est fixée à quatre (4) ans, du 1er janvier 2027 au 31 décembre 2030 inclus.

À l'issue de cette période initiale, le marché pourra être reconduit deux (2) fois, pour des périodes successives de douze (12) mois, sans que sa durée totale puisse excéder six (6) ans.

Chacune des parties pourra mettre fin au marché à chaque échéance annuelle, sous réserve de respecter un préavis de quatre (4) mois avant la date d'échéance concernée.

**Prise d'effet des garanties**

01/01/2027 – 00h00

**Echéance annuelle du contrat**

01/01

**F. MODALITÉS DE RÉSILIATION DU CONTRAT**

**« Clause de non résiliation après une succession de sinistres en cours d'année ».**

L'Assureur renonce à sa faculté de résiliation, en cours d'année après une succession de sinistres autorisée au sein du Code des Assurances (article R 113.10).

Ladite clause de non résiliation après sinistre n'exclut pas une résiliation annuelle du contrat à sa date d'échéance, du fait de l'assureur ou de l'assuré, sous réserve du respect du préavis dont le délai est indiqué aux présentes conditions particulières.

**G. CONNAISSANCE DU RISQUE**

L'Assureur déclare avoir eu connaissance suffisante des risques, et dès lors, renonce à toute sanction contre l'Assuré pour toute aggravation des risques garantis.

**H. MODIFICATION D'UN RISQUE EN COURS DE PERIODE D'ASSURANCE**

Toute circonstance nouvelle survenant en cours d'exécution du contrat et rendant inexacts ou caduques les déclarations faites préalablement à la souscription de la police doivent être notifiées par tout moyen écrit dans un délai de 30 jours à partir du moment où l'Etablissement en a eu connaissance.

Si les circonstances nouvelles déclarées constituent une aggravation du risque (article L.113-4 du Code des Assurances), l'assureur pourra dans un délai indiqué ci-dessous, à compter de la notification par l'assuré :

- Soit résilier de plein droit le présent contrat, moyennant un préavis de 30 jours ; dans cette hypothèse, l'assureur rembourserait, à l'assuré, la portion de prime afférente à la période d'assurance pendant laquelle le risque n'a pas couru ;
- Soit proposer un nouveau montant de prime. Dans cette hypothèse, si l'assuré ne donnait pas suite à ladite proposition dans un délai de 45 jours ou si elle est refusée, l'assureur pourra résilier de plein droit la présente police.

En cas de diminution du risque (article L.113-4 du Code des Assurances), l'Assuré a la possibilité de demander une diminution du montant de la prime auprès de l'assureur. En cas de refus, l'assuré peut dénoncer la présente police. La résiliation prendra alors effet 30 (trente) jours après la dénonciation et l'assureur remboursera la portion de prime afférente à la période d'assurance pendant laquelle le risque n'aura pas couru.

**I. MONTANT DES GARANTIES**

Voir tableau des garanties (EXCEL) en annexe.



## J. FRANCHISE

Voir tableau des garanties (EXCEL) en annexe.

## K. PRIME

### **Mode de détermination de la prime :**

En cas de taux par personne assurée, la prime nette est déterminée par le produit du taux de prime actualisé par le nombre de personnes assurées. A cette prime nette sont ajoutés les taxes en vigueur.

### Le cas échéant :

Le taux de prime actualisé est le taux actualisé à chaque échéance annuelle en fonction de la variation constatée entre un indice de base (défini comme l'indice en vigueur le mois précédent la date limite de remise des offres) et le dernier indice connu de l'année en cours.

En cas de prime forfaitaire, la prime nette est automatiquement modifiée à chaque échéance annuelle en fonction de la variation constatée entre un indice de base (défini comme l'indice en vigueur le mois précédent la date limite de remise des offres) et le dernier indice connu de l'année en cours.

## L. VARIATION DU TAUX ET DE LA PRIME

La prime annuelle TTC provisionnelle de l'exercice en cours sera appréciée par l'Assureur en fonction des éléments d'information fournis par l'Assuré dans les trois premiers mois de l'année N :

- La LCI (=limitation contractuelle d'indemnité)
- Et pour information le nombre et le statut des personnes à assurer

### **Prime de régularisation (le cas échéant)**

La prime annuelle TTC définitive de l'exercice en cours sera appréciée par l'Assureur en fonction des éléments d'information fournis par l'Assuré dans les trois mois de l'échéance anniversaire de l'année N+1 :

- La LCI
- Et pour information le nombre et le statut des personnes à assurer

### **Majoration du taux de prime et de la prime**

Les taux de prime restent invariables pendant toute la durée du marché, reconductions comprises (hors indexation).

A titre exceptionnel, si l'assureur souhaite augmenter le taux de prime, il devra dûment le justifier (hausse de la sinistralité par exemple), en adressant un courrier en recommandé avec accusé de réception 5 mois avant la date d'échéance annuelle.

La hausse ou les hausses successives du taux de prime ne pourront excéder 10 % du montant global du marché.

### **Résiliation ou acceptation de la hausse du taux et de la prime (hors indexation le cas échéant)**

L'Assuré se réservera ensuite le droit d'accepter cette augmentation ou de résilier le marché sans que le titulaire ne prétende à aucune indemnité, dans un délai d'un mois après réception du courrier notifiant la hausse tarifaire, laissant ainsi la possibilité à l'assureur de résilier le contrat conformément aux délais indiqués aux présentes conditions particulières.

L'Assuré pourra également résilier le contrat sous réserve du respect du préavis de résiliation fixé aux présentes conditions particulières. L'Assuré sera redevable d'une portion de la cotisation calculée au prorata pour la période comprise entre la date d'échéance et la date de prise d'effet de la résiliation, sur la base du tarif précédemment en vigueur.

9

## **M. TERRITORIALITÉ**

Il est convenu que les garanties sont étendues au **MONDE ENTIER** pour les déplacements effectués dans le cadre des activités professionnelles des assurés.

Il est convenu que les indemnités pouvant être mise à la charge de l'Assuré à l'étranger lui seront uniquement remboursables en France à concurrence de leur contre-valeur officielle en Euros.

## **N. ENGAGEMENT DE L'ASSUREUR**

### ***1. Modalités de suivi et de gestion du contrat***

L'assureur s'engage à RESPECTER LES DELAIS INDIQUEES au MEMOIRE TECHNIQUE (= délais d'intervention, modalités d'intervention en gestion des sinistres et contrats ; remise du bilan de sinistralité ; organisation des réunions ; outils de gestion internet ; indemnisation...) et à répondre aux questions de l'assuré sous 48 heures.

Le mémoire technique, remis dans le cadre de l'offre, constitue une des pièces contractuelles.

### ***2. Modalité de gestion des sinistres***

L'Assureur s'engage à adresser chaque semestre, un bilan détaillé de la sinistralité faisant notamment apparaître, pour chaque année :

- la date du sinistre,
- l'objet précis,
- la référence,
- la nature de la garantie,
- le service déclarant du souscripteur du présent marché,
- le montant provisionné et/ou payé,
- la situation des recours.

L'Assureur désignera un interlocuteur privilégié dont les coordonnées seront transmises à la souscription du marché.

L'assureur ou le courtier s'engage à faire, chaque année, le point avec l'Assuré sur les sinistres en cours.

3. Note de couverture

L'Assureur s'engage à adresser la note de couverture sous 8 jours calendaires après la date de réception de la notification du marché.

# DEUXIÈME PARTIE : DISPOSITIONS GÉNÉRALES

## II. INDIVIDUELLE ACCIDENT

### A. OBJET DE LA GARANTIE

L'Assureur garantit, en cas d'accidents engageant ou non la responsabilité du souscripteur et survenant aux personnes assurées, les indemnités prévues au présent marché.

Ces indemnités viendront, s'il y a lieu, en complément des indemnités et prestations de même nature qui pourraient être garanties aux Assurés, pour les mêmes dommages, par la sécurité sociale ou tout autre régime de prévoyance collective, sans que l'assuré puisse percevoir, au total, un montant supérieur à celui de ses débours réels.

Par accident on entend toute lésion corporelle ayant pour cause établie une force soudaine, fortuite, violente, extérieure et involontaire ainsi que les maladies contractées dans l'exercice de l'activité garantie.

Il est convenu, que :

- Le marché garantit le paiement, aux Assurés en cas de décès, à leur ayant droit, des indemnités contractuelles définies au présent marché.
- Le marché a pour objet de verser aux assurés une indemnité en cas d'accidents subis pendant l'exercice de ce mandat, et notamment, sans que cette liste puisse être exhaustive :
  - Toute participation aux diverses assemblées dans le cadre du mandat.
  - Toute démarche ou déplacement au titre de son mandat justifié par l'intérêt de l'Etablissement qu'il représente.
  - Toute participation aux manifestations, formations, voyages, visites quelconques.
- Le trajet, par quelque moyen de transport que ce soit, effectué par les Assurés pour se rendre ou revenir de leur domicile ou de leur bureau aux lieux d'exécution de leurs missions ci-avant définies.
- La garantie décès est étendue aux événements cardio-vasculaires (infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral) survenant lors de l'exercice des fonctions des assurés ou pendant leurs déplacements en mission, sans que l'assuré soit tenu de démontrer l'existence d'une cause extérieure.

**Aucune exclusion n'est opposable à cette garantie.**

### B. DÉFINITIONS

#### Bénéficiaires

Les bénéficiaires de la couverture d'assurance sont les personnes précitées au Titre I du présent contrat et/ou leurs ayants-droits. La qualité d'ayant-droit est celle visée au titre de la législation du Code de la sécurité sociale, à ses articles L.434-7 et suivants. Il est considéré que l'enfant à naître du bénéficiaire est considéré comme ayant-droit.

En cas de décès de l'Assuré, les Bénéficiaires du capital prévu seront :

- Si l'Assuré est marié : son conjoint non séparé de corps à ses torts, ni divorcé et à défaut ses enfants nés ou à naître, vivants ou représentés et à défaut ses héritiers
- Si l'Assuré est signataire d'un PACS, son partenaire et à défaut ses héritiers,
- Si l'Assuré est veuf ou divorcé : ses enfants et à défaut, ses héritiers,
- Si l'Assuré est veuf ou divorcé : ses enfants et à défaut ses héritiers.
- Si l'Assuré est célibataire : ses héritiers.

Dans les autres cas, les sommes dues seront payées à l'Assuré.

**Sont exclues du bénéfice de l'assurance, les personnes qui auraient volontairement provoqué l'accident.**

13

#### Accident

Toute atteinte corporelle non intentionnelle dont est victime un Assuré et provenant de l'action soudaine et inattendue d'une cause extérieure et toutes les manifestations pathologiques qui sont la conséquence directe d'une telle atteinte corporelle, sous réserve des exclusions énumérées ci-après.

#### Frais de recherche et de secours

Remboursement à concurrence des sommes indiquées dans les conditions particulières des frais de recherche, sauvetage et transport de l'assuré, engagés à la suite d'un accident par des organismes publics ou privés en vue du transport de l'assuré depuis le lieu de l'accident jusqu'à la localité la plus proche ou, si son état le justifie, jusqu'à la clinique ou l'hôpital le plus proche et susceptible de le prendre en charge dans les meilleures conditions au regard de son état.

#### Frais médicaux et associés

Paieement à l'Assuré d'une indemnité correspondant aux frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques, d'hôpital, de clinique, de transport par ambulance ou autre véhicule en cas d'urgence occasionnés par un accident garanti par le contrat.

Si la personne assurée bénéficie de la Sécurité Sociale ou d'un autre régime couvrant les mêmes risques, l'Assureur versera les prestations en complément des prestations déjà reçues, sans que le total des sommes versées puisse excéder le montant des débours réels de l'Assuré.

#### Frais de traitement

Lorsque l'accident dont l'Assuré a été victime nécessite des soins ou l'application d'un traitement ordonné médicalement, nous garantissons, à concurrence du montant fixé aux Conditions Particulières, le remboursement sur production des pièces justificatives des frais engagés à cet effet, en France et à l'Etranger.

La garantie s'applique au remboursement des honoraires de praticiens et frais d'intervention chirurgicale, d'hospitalisation et pharmaceutiques.

Elle s'étend en outre :

- Au remboursement des frais de transport de l'Assuré, par ambulance ou autre moyen justifié par les circonstances de l'accident, du lieu où celui-ci s'est produit au centre hospitalier le plus proche en mesure de procurer à l'assuré les soins adaptés à son état, en France et à l'Etranger.

- Au remboursement, à concurrence de 20 % maximum du montant de la somme assurée, des frais de première fourniture seulement (à l'exclusion des frais de renouvellement ultérieur) d'appareils de prothèse ou d'orthopédie.

## C. NATURE DES GARANTIES

### 1. Décès

En cas de décès provenant de l'accident et survenant immédiatement ou dans les 12 mois des suites de l'accident, l'assureur verse le capital prévu à l'article « montant des garanties » au conjoint survivant de l'assuré, ni séparé de corps à ses torts, ni divorcé, à défaut à ses enfants par parts égales entre eux, à défaut à ses ayants droit, sans que, dans aucun cas, le paiement de ce capital puisse être divisible à l'égard de l'Assureur.

Toutefois, si l'assuré a déjà perçu une indemnité pour invalidité permanente résultant de cet accident, il est versé au bénéficiaire la différence entre le capital décès et l'indemnité déjà versée.

La disparition officiellement reconnue du corps de l'Assuré lors du naufrage, de la disparition ou de la destruction du moyen de transport dans lequel il circulait, créera présomption de décès à l'expiration d'un délai d'un an à compter du jour de l'accident.

La garantie décès est étendue aux événements cardio-vasculaires (infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral) survenant lors de l'exercice des fonctions des membres du Comité syndical ou pendant leurs déplacements en mission sans que l'assuré soit tenu de démontrer l'existence d'une cause extérieure au sens de la définition de l'accident.

### 2. Non cumul des garanties de responsabilités et Indemnités contractuelles

Il est convenu que les garanties citées ci-avant ne pourront, sur un même accident, être cumulées avec celles versées au titre de la responsabilité de l'Assuré et des services assurés au titre du présent si cette responsabilité est engagée.

Les présentes indemnités contractuelles seront considérées dans ce cas comme un acompte versé à la victime et viendront en déduction des indemnités dues au titre de la responsabilité de l'Assuré ou des services concernées.

### 3. Indemnités journalières en cas d'incapacité temporaire de travail

Sont garanties les pertes justifiées de revenus de l'Assuré exerçant une activité professionnelle rémunérée pendant la période d'incapacité temporaire de travail résultant directement de l'accident. Ces frais et pertes de revenus sont ceux restés à la charge de l'Assuré après intervention de la Sécurité sociale ou de tout autre régime de prévoyance collective y compris les sociétés régies par le Code de la mutualité, ou de l'employeur.

Dans le cas où la victime n'exerce que partiellement son activité du fait d'un sinistre garanti, l'indemnité sera calculée en fonction des préjudices financiers qu'elle subit du fait de cette activité partielle contrainte.

Dans le cas où la victime n'exerce pas d'activité rémunérée, le montant des indemnités journalières est fixé à 50% du montant prévu aux conditions particulières.

La reprise des activités de l'assuré interrompt le versement de l'indemnité. Celle-ci est payable à compter du lendemain de l'accident sous déduction de la franchise indiquée aux conditions particulières, le cas échéant, et jusqu'à la guérison ou la consolidation mais sans pouvoir dépasser 365 jours d'indemnisation pour un même accident (sauf dérogation prévue aux conditions particulières).

En cas de rechute dans un délai de 3 mois après la reprise des activités, la franchise ne s'appliquera pas une seconde fois et l'indemnité sera réglée à compter du premier jour de la nouvelle incapacité, au titre du même sinistre.

Le montant versé au titre de l'incapacité temporaire sera déduit des sommes versées au titre des éventuelles garanties décès ou infirmité permanente résultant d'un même accident.

#### 4. Invalidité permanente totale ou partielle

Lorsqu'un Assuré est victime d'un accident et qu'il est établi qu'il reste invalide de se suites, partiellement ou totalement, l'Assureur verse à l'Assuré la somme indiquée au présent contrat multipliant ledit montant par le taux d'invalidité du barème de l'Assureur joint éventuellement en annexe du présent contrat.

Le degré d'invalidité est fixé dès qu'il y a consolidation de l'état de l'Assuré et au plus tard à l'expiration d'un délai de trois ans à partir de la date de l'accident.

Pour les cas d'invalidité non prévus au barème, les taux sont fixés par comparaison de leur gravité avec des cas énumérés dans le barème.

Les taux d'invalidité sont fixés en dehors de toute considération professionnelle ou scolaire.

La perte anatomique de membres ou organes déjà perdus fonctionnellement avant l'accident ne peut donner lieu à indemnisation.

Les lésions aux membres ou organes déjà invalides avant l'accident ne sont indemnisés que par différence entre l'Etat avant et après l'accident.

L'évaluation des lésions à un membre ou organe ne peut être influencée par l'état d'invalidité préexistant d'un autre membre ou organe.

Si plusieurs membres ou organes sont atteints par le même accident, les taux d'invalidité se cumuleront sans pouvoir dépasser 100 %.

En cas de décès accidentel avant consolidation de l'invalidité, seul le capital prévu en cas de décès sera versé déduction faite éventuellement des sommes qui auraient pu être avancées au titre de l'invalidité. Il n'y a pas cumul des garanties décès et invalidité lorsqu'elles résultent d'un même événement.

#### 5. Infirmités multiples

Lorsqu'un même accident entraîne plusieurs infirmités distinctes, l'infirmité principale est d'abord évaluée dans les conditions prévues ci-dessus, les autres infirmités étant ensuite estimées successivement, proportionnellement à la capacité

restante après l'addition des précédentes, sans que le taux global ne puisse dépasser 100 %.

L'incapacité fonctionnelle absolue d'un membre ou organe est assimilée à la perte de ce membre ou organe.

La perte de membres ou organes hors d'usage avant l'accident ne donne lieu à aucune indemnité. Si l'accident affecte un membre ou organe déjà infirme, l'indemnité sera déterminée par différence entre l'état antérieur et postérieur à l'accident. En aucun cas, l'évaluation des lésions consécutives à l'accident ne peut être augmentée par l'état d'infirmité de membres ou organes que l'accident n'a pas intéressés.

Les troubles nerveux et les lésions nerveuses ne peuvent être pris en considération, pour autant qu'ils constitueraient la conséquence d'un accident garanti, que s'ils traduisent à l'examen par des signes cliniques nettement caractérisés.

#### 6. Frais de recherche et de secours

Remboursement, à concurrence de la somme indiquée au présent contrat, de frais de recherche, de sauvetage et de transport de l'Assuré, engagés à la suite d'un accident par des organismes publics ou privés en vue du transport de l'Assuré depuis le lieu de l'accident jusqu'à la localité la plus proche ou, si son état le justifie, jusqu'à la clinique ou l'hôpital le plus proche.

#### 7. Frais médicaux

Paiement à l'Assuré d'une indemnité correspondant aux frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques, frais d'hôpital et de clinique et de transport par ambulance, ou autre véhicule en cas d'urgence, occasionnés par un accident garanti par le contrat.

Si la personne assurée bénéficie de la Sécurité Sociale, d'un autre régime de prévoyance couvrant les mêmes risques, l'Assureur versera en complément des sommes payées au titre de ces garanties, les prestations assurées par elle, sans que la personne assurée puisse recevoir un montant total supérieur à celui de ses débours réels.

#### 8. Frais de traitement

Lorsque l'accident dont l'Assuré a été victime nécessite des soins ou l'application d'un traitement ordonné médicalement, l'Assureur garantit, à concurrence du montant fixé au Titre I du présent contrat, le remboursement sur production des pièces justificatives des frais engagés à cet effet.

La garantie s'applique au remboursement des honoraires de praticiens et frais d'intervention chirurgicale, d'hospitalisation et pharmaceutiques.

Elle s'étend en outre :

- Au remboursement des frais de transport de l'Assuré, par ambulance ou autre moyen justifié par les circonstances de l'accident, du lieu où celui-ci s'est produit à l'Hôpital le plus proche en mesure de procurer à l'assuré les soins adaptés à son état.
- Au remboursement des frais de première fourniture seulement (à l'exclusion des frais de renouvellement ultérieur) d'appareils de prothèse ou

d'orthopédie.

Les remboursements incombant à l'Assuré en application de ce qui précède sont dus en complément des prestations ou indemnités susceptibles d'être garantis à l'Assuré en dédommageant des mêmes frais par la Sécurité Sociale ou tout autre régime de prévoyance collective ou par un contrat d'assurance souscrit antérieurement, sans que l'Assuré puisse percevoir au total une somme supérieure au montant de ses débours réels.

**9. Rente éducation**

En cas de décès ou d'invalidité permanente totale de l'assuré, une rente annuelle est versée à chaque enfant à charge (jusqu'à 18 ans, ou 25 ans en cas de poursuite d'études) dans la limite du montant indiqué au tableau.

**10. Coma consécutif à un accident**

En cas de coma consécutif à un accident garanti, une indemnité journalière est versée dans la limite du montant et de la durée indiqués au tableau.

**11. Aménagement du domicile en cas d'invalidité permanente  $\geq 33\%$**

Prise en charge des frais d'aménagement du domicile de l'assuré rendu nécessaire par son état d'invalidité, dans la limite du montant indiqué au tableau.

**12. Domage vestimentaire**

Prise en charge des dommages aux vêtements portés par l'assuré lors d'un accident, agression ou acte de terrorisme garanti, dans la limite du montant indiqué au tableau.

**D. GESTION DU CONTRAT**

**1. Règles relatives à l'application des barèmes**

Le barème d'invalidité pour les accidents de travail utilisé devra être conforme à la loi du Code de la sécurité sociale (Barème AT).

Le taux d'invalidité est déterminé, sans tenir compte de la profession de l'assuré, par référence au barème d'invalidité prévu par la législation sur les accidents du travail, en respectant les règles suivantes :

- la lésion des membres ou organes déjà infirmes n'est indemnisée que par différence entre l'état avant et après l'accident ou la maladie ;
- la perte de membres ou organes frappés d'incapacité totale avant le sinistre ne peut donner lieu à indemnité ;
- l'évaluation des lésions de membres ou organes sains lésés par le sinistre ne peut être augmentée par l'état d'infirmité d'autres membres ou organes que le sinistre n'a pas intéressés ;
- en cas d'infirmités multiples résultant d'un même sinistre, les taux d'invalidité correspondants joueront par opérations successives sur le pourcentage d'invalidité laissé disponible par les calculs précédents.

Pour les cas d'invalidité non prévus au barème, les taux sont fixés par comparaison de leur gravité avec des cas énumérés dans le barème.

En cas de décès accidentel avant consolidation de l'invalidité, seul le capital prévu en cas de décès sera versé. Dans tous les cas, la détermination du taux d'invalidité permanente aura toujours lieu en France.

## 2. Paiement des indemnités

Les indemnités dues par l'Assureur ne sont jamais exigibles par acomptes et sont payables au plus tard dans les quinze jours qui suivent la remise des pièces justificatives en cas de décès ou du jour de la détermination des conséquences définitives de l'accident en cas d'infirmité permanente.

## 3. Prescription

Toutes les actions dérivant du présent contrat sont prescrites au-delà de deux ans à compter de l'événement qui leur donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

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

La prescription est portée à 10 ans en cas de garantie contre les Accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants-droits de l'assuré décédé.

### III. EXCLUSIONS

**L'ASSURANCE NE COUVRE PAS :**

- LES ACCIDENTS INTENTIONNELLEMENT CAUSES OU PROVOQUES PAR LA VICTIME OU LES BENEFICIAIRES DE LA GARANTIE ;
- LES CONSEQUENCES DE SON SUICIDE CONSOMME OU TENTE, AINSI QUE LES ACCIDENTS CAUSES PAR L'USAGE DE DROGUES OU DE STUPEFIANTS NON PRESCRITS MEDICALEMENT ;
- LES SINISTRES RESULTANT DE LA PARTICIPATION DE L'ASSURE A DES RIXES (SAUF LES CAS CONSTATES DE LEGITIME DEFENSE), A DES CRIMES OU ACTES CRIMINELS, UN DUEL, UN DELIT ;
- LES ACCIDENTS OCCASIONNES PAR LA PRATIQUE D'UN SPORT A TITRE PROFESSIONNEL ;
- LES OPERATIONS CHIRURGICALES ET LEURS SUITES, POUR AUTANT QU'ELLES NE SONT PAS LES CONSEQUENCES D'UN ACCIDENT GARANTI PAR LE CONTRAT ;
- LES ACCIDENTS PROVOQUES PAR LA GUERRE CIVILE OU ETRANGERE, DECLAREE OU NON.

**Exclusions spécifiques :**

**INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE SUITE A ACCIDENT - SONT EXCLUS :**

- LES CURES THERMALES, HELIOMARINES, DE THALASSOTHERAPIE, DE REPOS, DE SOMMEIL, DE DESINTOXICATION, DIETETIQUES.
- LES TRAITEMENTS ET INTERVENTIONS CHIRURGICALES A BUT ESTHETIQUE, NON CONSECUTIFS A UN ACCIDENT GARANTI.
- LES AFFECTIONS DISCO-VERTEBRALES, LEURS SUITES ET CONSEQUENCES SAUF CELLES D'ORIGINE TRAUMATIQUE OU TUMORALE SURVENANT APRES LA SOUSCRIPTION DU CONTRAT OU CELLES NECESSITANT UNE HOSPITALISATION.

**INDEMNITES JOURNALIERES - SONT EXCLUS :**

- LES EXAMENS PERIODIQUES DE CONTROLE OU D'OBSERVATION ;
- LES CURES THERMALES, HELIOMARINES, DE THALASSOTHERAPIE, DE REPOS, DE SOMMEIL, DE DESINTOXICATION, DIETETIQUES ;
- LES TRAITEMENTS ET INTERVENTIONS CHIRURGICALES A BUT ESTHETIQUE, NON CONSECUTIFS A UN ACCIDENT GARANTI ;
- LES SEJOURS EN MAISON D'ASSISTANCE, ASILE OU SERVICE DE GERONTOLOGIE ;

**INDEMNITES JOURNALIERES EN CAS D'HOSPITALISATION - SONT EXCLUS :**

- LES EXAMENS PERIODIQUES DE CONTROLE OU D'OBSERVATION ;
- LES CURES THERMALES, HELIOMARINES, DE THALASSOTHERAPIE, DE REPOS, DE SOMMEIL, DE DESINTOXICATION, DIETETIQUES ;
- LES TRAITEMENTS ET INTERVENTIONS CHIRURGICALES A BUT ESTHETIQUE, NON CONSECUTIFS A UN ACCIDENT GARANTI ;

- LES SEJOURS EN MAISON D'ASSISTANCE, ASILE OU SERVICE DE GERONTOLOGIE ;

**FRAIS DE TRAITEMENT SUITE A ACCIDENT – SONT EXCLUS :**

- LES FRAIS DE TRANSPORT REPETITIFS LIES A UNE AFFECTION CHRONIQUE.
- LES TRAITEMENTS DE REEDUCATION QUI NE SERAIENT NI FONCTIONNELLE NI MOTRICE.
- LES FRAIS DE CURE THERMALE ET DE SEJOUR EN MAISON DE REPOS.

**PRISE EN CHARGE DU SALAIRE EN CAS DE PRISE D'OTAGE - SONT EXCLUS :**

- LE PAIEMENT D'UNE RANÇON EVENTUELLEMENT EXIGEE
- LES FRAIS INHERENTS AUX NEGOCIATIONS EN VUE DE LIBERER L'ASSURE.

**EXCLUSIONS COMMUNES :**

- LES EXCLUSIONS DEFINIES CI-APRES VALENT POUR TOUTES LES GARANTIES INDIVIDUELLE ACCIDENT ET COMPLETENT LES EXCLUSIONS SPECIFIQUES A CHAQUE GARANTIE.

**SONT EXCLUS**

- LA GUERRE CIVILE OU ETRANGERE, DECLAREE OU NON ;
- LES EFFETS DIRECTS OU INDIRECTS D'EXPLOSIONS OU DE DEGAGEMENTS DE CHALEUR OU D'IRRADIATIONS, PROVENANT DE LA TRANSMUTATION DE NOYAUX D'ATOMES ; TOUTEFOIS LA GARANTIE RESTE ACQUISE LORSQUE CES LESIONS SONT CAUSEES PAR UNE MANIPULATION INCORRECTE OU UN FONCTIONNEMENT DEFECTUEUX D'APPAREILS MEDICAUX AU COURS D'UNE THERAPIE A BASE DE RADIATIONS IONISANTES PRATIQUEE PAR UN MEMBRE DU CORPS MEDICAL AUTRE QUE L'ASSURE LUI-MEME ;
- LE SUICIDE OU LA TENTATIVE DE SUICIDE, AINSI QUE TOUTE LESION CAUSEE OU PROVOQUEE INTENTIONNELLEMENT PAR L'ASSURE OU LE BENEFICIAIRE ;
- LES AFFECTIONS DE TYPE PUREMENT PSYCHIATRIQUE, LES MALADIES MENTALES, LA DEPRESSION NERVEUSE SOUS TOUTES SES FORMES, L'ALIENATION MENTALE,
- LA PARTICIPATION ACTIVE DE L'ASSURE A DES RIXES, SAUF CAS DE LEGITIME DEFENSE, DES EMEUTES, DES ATTENTATS, DES ACTES DE TERRORISME OU DE SABOTAGE ;
- L'USAGE DE DROGUES, STUPEFIANTS OU PRODUITS TOXIQUES NON PRESCRITS MEDICALEMENT ;
- LES ACCIDENTS DE LA ROUTE DONT L'ASSURE EST VICTIME LORSQU'IL EST CONDUCTEUR D'UN VEHICULE A MOTEUR ET QUE SON ALCOOLEMIE EST EGALE OU SUPERIEURE A LA LIMITE FIXEE PAR LA REGLEMENTATION ROUTIERE FRANÇAISE EN VIGUEUR AU JOUR DU SINISTRE ;
- LA NAVIGATION AERIENNE EN QUALITE DE :
  - PILOTE PROFESSIONNEL OU PERSONNEL NAVIGANT ;
  - PASSAGER SAUF SUR LES LIGNES COMMERCIALES EXPLOITEES PAR LES COMPAGNIES AGREEES POUR EFFECTUER LE TRANSPORT DE PERSONNES ;
- L'USAGE PAR L'ASSURE, A TITRE DE PASSAGER OU DE CONDUCTEUR, D'UN VEHICULE A 2 OU 3 ROUES, D'UNE CYLINDREE SUPERIEURE A 125 CM<sup>3</sup> ;
- LA PARTICIPATION DE L'ASSURE A DES EPREUVES DE VITESSE, DES ESSAIS OU DES COMPETITIONS NECESSITANT L'UTILISATION D'ENGINS A MOTEUR ;
- LA PRATIQUE PAR L'ASSURE DE :
  - TOUT SPORT EN QUALITE DE SPORTIF PROFESSIONNEL OU DE HAUT NIVEAU,

- TOUT SPORT AERIEN, AERONAUTIQUE OU VOL LIBRE,
- LA PLONGEE SOUS-MARINE AVEC BOUTEILLE, L'ALPINISME, L'ESCALADE, LA SPELEOLOGIE, LES SPORTS DE COMBAT AVEC OU SANS ARME, LE SAUT EN ELASTIQUE, LE KITE SURF, LE WINGSUIT.

## IV. GESTION DES SINISTRES

### PREAMBULE

#### 1. Déclaration de sinistre

Toute déclaration de sinistre, susceptible de relever des garanties du marché, doit être transmise par écrit (courrier papier, mail ou fax) à l'Assureur dans un délai de trente (30) jours à compter du moment où l'Assuré a connaissance ou dans un délai plus court si nécessaire sous peine de déchéance de garantie, accompagnée de la copie de tous écrits et documents, permettant la meilleure connaissance du dossier.

L'Assuré ne sera tenu de transmettre aux Assureurs que les réclamations qui leur sembleront de nature à mettre effectivement en cause la garantie du marché. Si certaines de ces réclamations, reçues par l'Assuré et non transmises aux Assureurs, notamment compte tenu de montant de la franchise, se révélaient ultérieurement de nature à faire jouer le marché d'assurance, et étaient alors adressées, les Assureurs renonceraient à en faire grief à l'Assuré.

La note méthodologique pour la gestion des sinistres présentée à la souscription par l'Assureur a valeur contractuelle et fait partie intégrante de la présente police.

Il est convenu que dans la mesure où l'Assuré, en accord avec l'Assureur, a procédé au règlement à l'étranger de l'indemnité mise à sa charge, celle-ci lui sera remboursé à concurrence de sa contre-valeur en euros au cours officiel du jour où l'Assuré aura effectué le règlement.

#### 2. Frais de procédure

L'Assuré supportera la charge des frais personnels qu'ils pourraient exposer pour leur défense et pour le règlement du sinistre.

Les frais de procès, de quittance et autres frais de règlement sont compris dans le montant de la garantie.

#### 3. Transaction

L'Assureur a seul, dans les limites de sa garantie, le droit de transiger avec les tiers lésés.

Aucune reconnaissance de responsabilité, aucune transaction intervenue en dehors de l'Assureur ne lui sont opposables.

Ne sont pas considérés comme une reconnaissance de responsabilité l'aveu de la matérialité d'un fait ou le seul fait d'avoir procuré à la victime un secours urgent s'il s'agit d'un acte d'assistance (Article L 124-2 du Code des assurances).

L'Assureur tiendra informé l'Assuré à l'occasion de toute transaction ou acceptation d'une décision amiable ou de justice et communiquera les rapports émanant de son expert, ainsi que ceux de l'expert intervenant en exécution d'une décision de justice.

**4. Avance de fonds en cas de référé**

L'Assureur s'engage à procéder au versement des avances de fonds mis à la charge de l'Assuré dans un premier temps par le juge des référés pour les sinistres qui mettent en jeu les garanties du marché.

**A. EN CAS DE BLESSURE**

Il sera fourni :

- Un certificat initial précisant la nature des lésions constatées et indiquant la durée de l'arrêt d'activité initial et sa durée prévisible
- Chaque fois qu'ils sont délivrés, les certificats de prolongation d'arrêt
- En fin de traitement, un certificat fixant la date de guérison ou de consolidation. Dans ce dernier cas, le certificat doit décrire les séquelles subsistantes.

23

**B. EN CAS DE DECES**

Il sera fourni :

- Un certificat précisant la cause de décès établi par le médecin qui l'aura constaté,

Le souscripteur et l'assuré ou bénéficiaire, chacun pour leur part, fournira en outre à l'assuré, tous les avis, lettres, convocations, assignations, actes extra judiciaires et pièces de procédures qui leur seraient adressés, remis ou signifiés, concernant le sinistre, et toutes déclarations indiquant la date, le lieu, les causes présumées et les circonstances du sinistre, la nature et le montant approximatif des dommages, les recours possibles, l'existence d'autres assurances.

En cas de non-respect de ces obligations, l'assureur, s'il établit que celui-ci a causé un préjudice, aura droit à une indemnisation qui sera fixée d'un commun accord, à défaut par voie judiciaire, à l'exclusion de toute déchéance de la garantie.

Afin de juger de l'ouverture, du maintien ou de la suspension des droits à prestations, l'assuré devra se soumettre aux visites médicales ou contrôles que l'assureur estimerait nécessaires.

L'indemnité pour incapacité permanente ne sera versée qu'après avis d'un médecin exerçant en France.

En cas de désaccord sur le taux d'incapacité, le différend pourra être soumis, avant tout recours judiciaire :

- Soit aux deux experts désignés l'un par l'assureur et l'autre par l'assuré, chacun supportant les honoraires de son expert,
- Soit à un tiers expert désigné en commun, chacun supportant alors la moitié des honoraires du tiers d'expert.

## V. APPLICATION DE LA GARANTIE DANS LE TEMPS

### A. ETENDUE DE LA GARANTIE

#### 1. Déclenchement de la garantie

La garantie s'applique dès lors que :

- le fait dommageable est antérieur à la date de résiliation ou d'expiration de la garantie, et que la première réclamation est adressée à l'Assuré souscripteur ou à l'Assureur entre la prise d'effet initiale de la garantie et l'expiration d'un délai subséquent à sa date de résiliation ou d'expiration, quelle que soit la date des autres éléments constitutifs des sinistres ;
- le fait générateur est survenu dans le cadre des activités de l'Assuré garanties au moment de la première réclamation.

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

Lorsqu'un même sinistre est susceptible de mettre en jeu les garanties apportées par plusieurs contrats successifs, la garantie déclenchée par le fait dommageable, est appelée en priorité, sans qu'il soit fait application des quatrième et cinquième alinéa de l'article L 121-4 du Code des assurances sur les assurances de même nature.

#### 2. Garantie subséquente

En cas d'expiration ou de résiliation du contrat (ou de suppression d'une garantie ou d'une personne assurée en cours de contrat), la garantie subséquente s'exerce pendant un délai maximum de **cinq (5) ans** après expiration, résiliation ou suppression.

Les présentes dispositions ne dérogent pas à la faculté de suspension de garantie et de résiliation du contrat pour non-paiement de cotisation que l'Assureur tient de la loi.

La garantie subséquente accordée en cours de contrat en cas de suppression d'une garantie ou d'une personne assurée, n'est pas affectée par l'expiration ou la résiliation du contrat.

Pour l'indemnisation des réclamations présentées pendant le délai subséquent de cinq (5) ans, les montants des garanties prévus aux conditions particulières sont accordées comme suit :

- Le montant de garantie par sinistre (ou par année d'assurance) accordé durant l'année d'assurance précédant l'expiration ou la résiliation du contrat (ou la suppression d'une garantie ou d'un assuré) est reconstitué une fois pour toute la durée de la garantie subséquente.
- En cas de suppression, en cours de contrat, d'une garantie ou d'une personne assurée, le montant épuisable de la garantie subséquente est directement imputé sur le montant par année d'assurance du contrat en cours.

## VI. DEFINITIONS

**Ayant-droit** : toute personne qualifiée comme telle et pouvant prétendre à un droit à indemnisation à la suite d'un accident de service ou d'une maladie professionnelle d'un salarié tel que défini ci-dessus.

**Autrui ou tiers** : Toute personne autre que l'Assuré défini au présent contrat. Les préposés salariés ou non y compris dans l'exercice de leurs fonctions pour les dommages autres que ceux réparés par la législation sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, visés par les articles L 452-2 et L 452-5 du Code de la Sécurité Sociale.

25

Les Assurés sont considérés comme tiers entre eux pour l'application du présent contrat.

### **Dommmages :**

- *Corporels* : toute atteinte physique et morale subie par un être humain et ses conséquences pécuniaires.
- *Matériels* : toute détérioration, altération, disparition ou destruction d'un bien ou d'une substance ainsi que le fait de les rendre impropres à leur destination ainsi que les atteintes aux animaux.
- *Immatériels* : tous dommages autres que corporels ou matériels tels que définis ci-dessus.
- *Immatériels consécutifs et non consécutifs* : tous préjudices tels que perte d'usage, interruption d'un service, cessation d'activité, perte d'un bénéfice, perte de clientèle. Ils sont qualifiés :
  - soit de « *consécutifs* », s'ils sont directement entraînés par des dommages matériels garantis,
  - soit de « *non consécutifs* », s'ils surviennent en dehors de tout dommage corporel ou matériel.

**Fait dommageable** : le fait dommageable trouvant son origine dans les activités garanties des Assurés est celui qui constitue la cause génératrice du dommage. Un ensemble de faits dommageables ayant la même cause technique est assimilé à un fait dommageable unique.

**Franchise** : Toute somme que l'Assuré responsable supporte sur chaque sinistre et au-delà de laquelle s'exerce la garantie de l'Assureur.

**Sinistre** : constitue un sinistre tout dommage ou ensemble de dommages causés à des tiers, engageant la responsabilité de l'Assuré, résultant d'un fait dommageable et ayant donné lieu à une ou plusieurs réclamations.

**Souscripteur** : la personne morale désignée au présent marché.