1

ONERA
Chemin de la HUNIERE
91120 PALAISEAU

MARCHE PUBLIC DE SERVICES D'ASSURANCE

LOT 6 INDIVIDUELLE ACCIDENT

CAHIER DES CLAUSES TECHNIQUES PARTICULIERES

SOMMAIRE

PREAMBULE 3

I. DISPOSITIONS PARTICULIERES DU CONTRAT 5
A. SOUSCRIPTEURS 5
B. OBJET DU MARCHE 5
C. DUREE DU MARCHE 6
D. COURTIER MANDATAIRE OU GESTIONNAIRE DU CONTRAT 6
E. ASSUREUR(S) 6
F. MODALITES DE RESILIATION DU MARCHÉ 6
G. MODIFICATION DU RISQUE EN COURS DE PERIODE D'ASSURANCE 6
H. CONNAISSANCE DU RISQUE 7
I. MONTANT DES GARANTIES 7
J. FRANCHISE 7
L. PRIME 7
M. VARIATION DU TAUX ET DE LA PRIME 8
N. ENGAGEMENT DE L'ASSUREUR 9

II. GARANTIE INDIVIDUELLE ACCIDENT 11

III. ASSISTANCE ET RAPATRIEMENT 18
A. OBJET DE LA GARANTIE 18
B. DEFINITIONS 18
C. CONDITIONS DES GARANTIES 19

IV. EXCLUSIONS 21

V. APPLICATION DE LA GARANTIE DANS LE TEMPS 24

VI. DEFINITIONS 27

PREAMBULE

Les dispositions particulières et communes du Cahier des clauses techniques particulières 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 clauses techniques particulières 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.

PREMIERE PARTIE : DISPOSITIONS PARTICULIERES

I. DISPOSITIONS PARTICULIERES DU CONTRAT

A. SOUSCRIPTEURS

ONERA
Chemin de la HUNIERE
91120 PALAISEAU

B. OBJET DU MARCHE

– LOT 6 INDIVIDUELLE ACCIDENT

Le présent contrat a pour objet de garantir :
- Le paiement d'indemnités (prévues ci-après) en cas d'accident survenu à l'encontre d'un ou des assurés, que la Responsabilité de l'Etablissement soit engagée ou non.

Assurés au titre de l'Individuelle Accident :

Les assurés sont répartis en quatre catégories, dont les conditions d'application de la garantie sont précisées à l'article I.I :

- **Catégorie 1 :** Hauts conseillers et conseillers émérites bénévoles, pour une durée de mission limitée à 30 jours consécutifs dans le monde entier, à l'exclusion des pays non garantis ;
- **Catégorie 2 :** pompiers bénévoles de l'ONERA, stagiaires, doctorants, prestataires, personnels embarqués, exclusivement lorsque le dommage survient dans l'exercice de leur activité sur ce site ;
- **Catégorie 3 :** Personnel effectuant des missions comprenant des expérimentations de matériels ou essais sur engins spéciaux, et manipulant des matériels relatifs à un lancement, que ce soit dans le secteur aéronautique, aérospatial ou de la défense, sur terre, mer ou air ;
- **Catégorie 4 :** Ensemble des collaborateurs, mandataires sociaux, dirigeants et administrateurs employés en France lors de missions professionnelles à l'étranger, 24h/24 pour une durée de mission limitée à 365 jours consécutifs dans le monde entier, à l'exclusion des pays non garantis.

Ces garanties sont également acquises au profit du conjoint et des enfants à charge du bénéficiaire lorsqu'ils l'accompagnent dans sa 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 %).

Ces déclarations seront confirmées et régularisées à la date d'échéance annuelle avant le paiement de la prime.

Sur ces bases, il sera déterminé la cotisation dudit exercice et des exercices à venir, au prorata de l'évolution de cet effectif.

Tiers
Toute autre personne que l'Assuré, porteuse d'une réclamation amiable ou judiciaire susceptible d'engager la responsabilité de l'Assuré.

C. DUREE DU MARCHE

Le contrat prend effet pour une durée de quatre ans du **1er janvier 2027, jusqu'au 31 décembre 2030** inclus moyennant, en cas de résiliation, le respect d'un préavis de **six mois** pour l'assureur et pour l'assuré à compter de la date d'échéance du contrat.

Prise d'effet des garanties
1er janvier 2027 – 00h00

Echéance annuelle du contrat
01/01

D. COURTIER MANDATAIRE OU GESTIONNAIRE DU CONTRAT

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

E. ASSUREUR(S)

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

F. MODALITES DE RESILIATION DU MARCHÉ

« Clause de non résiliation après une succession de sinistres en cours d'année ».
L'Assureur renonce à sa faculté de résiliation après sinistre 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 du fait de l'assureur ou de l'assuré lors de l'échéance du contrat.

G. MODIFICATION DU RISQUE EN COURS DE PERIODE D'ASSURANCE

Toute circonstance nouvelle survenant en cours d'exécution de la police et rendant inexactes ou caduques les déclarations faites préalablement à la souscription de la police doivent être notifiées par lettre recommandée dans un délai de 30 jours à partir du moment où l'assuré 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 :

- soit résilier de plein droit la présente police, 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 donnerait 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.

H. CONNAISSANCE DU RISQUE

L'Assuré précise à l'assureur qu'il est susceptible d'effectuer toutes les missions propres à sa fonction.

En conséquence, l'assureur déclare avoir une connaissance suffisante des risques à assurer et renonce à se prévaloir de toute erreur ou omission.

I. MONTANT DES GARANTIES

Par évènement, il faut entendre toutes les conséquences d'un même accident survenu à des personnes différentes.

VOIR TABLEAU DES GARANTIES EXCLE JOINT

II est formellement convenu que dans le cas où le contrat devait intervenir en faveur de plusieurs Assurés, victimes d'un même accident garanti causé par un même événement et que le cumul des capitaux Décès et Invalidité excède la somme maximum indiquée au présent contrat de l'engagement de l'Assureur serait en tout état de cause limité à cette somme pour le montant global des capitaux Décès accidentel et Invalidité permanente accidentelle versé aux Assurés victimes d'un même accident, les indemnités étant réduites et réglées proportionnellement au nombre de victimes.

J. FRANCHISE

VOIR TABLEAU DES GARANTIES EXCLE JOINT

K. TERRITORIALITE

Les garanties sont acquises, y compris le trajet habituel entre le domicile et le lieu de travail et vice versa, dans le monde entier, à l'exception des pays en guerre civile ou étrangère.

L. PRIME

Taux de prime
Mentionné à l'acte d'engagement

Assiette de prime
La Limitation contractuelle d'indemnité

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.

M. VARIATION DU TAUX ET DE LA PRIME

Prime provisionnelle (le cas échéant)
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
- 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 7 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.

N. ENGAGEMENT DE L'ASSUREUR

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

L'assureur s'engage à RESPECTER LES DELAIS INDIQUES 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 l'une des pièces contractuelles.

2. *Modalité de gestion des sinistres*

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

- la date du sinistre,
- son objet précis,
- sa référence,
- la nature de la garantie,
- le service déclarant du souscripteur du présent marché,
- le montant provisionné et/ou payé.

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 majeurs en cours.

En cas de non-respect des délais indiqués, l'Assuré se verra dans l'obligation d'adresser à l'Assureur des courriers de relance suivis de mise en demeure.

Après trois courriers de mise en demeure restés infructueux, l'Assuré pourra résilier le contrat et demander à l'Assureur des pénalités pour non-respect des conditions contractuelles.

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.

DEUXIEME PARTIE : DISPOSITIONS GENERALES

II. GARANTIE INDIVIDUELLE ACCIDENT

A. OBJET DU CONTRAT

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

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 les assurés puissent 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.

Assurés
Les préjudices subis par les personnes mentionnées aux conditions particulières sont garantis dans le présent marché.

Sont également garantis les conséquences des dommages subis au cours du trajet entre leur résidence et les lieux où leur fonction les amènerait à se rendre.

La garantie est étendue aux frais de rapatriement.

B. DEFINITIONS

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.

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.

C. NATURE DES GARANTIES

1. *Indemnités contractuelles*

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 bénéficiaires une indemnité en cas d'accidents subis en tant que personne Assurée.

- 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.

2. *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.

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.

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 ses suites, partiellement ou totalement, l'Assureur verse à l'Assuré la somme obtenue en multipliant le montant indiqué au présent contrat, par le taux d'invalidité du barème de l'Assureur joint 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'état 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 d'obsèques*

En cas de décès de l'Assuré résultant d'un accident garanti, l'Assureur rembourse les frais d'obsèques engagés

7. Indemnité journalière en cas de coma

En cas de coma consécutif à un accident garanti, l'Assureur verse une indemnité.

8. Frais complémentaires d'adaptation

Lorsque le taux d'invalidité permanente de l'Assuré, fixé conformément à l'article II.E.1, est supérieur à 33 %, l'Assureur rembourse les frais d'adaptation du logement, du véhicule ou d'assistance par un ergothérapeute rendus nécessaires par l'accident

9. Aide psychologique personnalisée

L'Assureur prend en charge les frais d'accompagnement psychologique de l'Assuré victime d'un accident garanti

10. Préjudice esthétique permanent

En cas de préjudice esthétique permanent consécutif à un accident garanti, l'Assureur verse une indemnité forfaitaire

11. 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.

12. 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.

13. 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.

14. Enlèvement et détention arbitraire

En cas d'enlèvement ou de détention arbitraire de l'Assuré au cours d'une mission garantie, l'Assureur verse une indemnité forfaitaire journalière de détention. Cette garantie ne couvre en aucun cas le paiement d'une rançon ni les frais de négociation en vue de la libération de l'Assuré.

15. Frais d'évacuation et de rapatriement politique

En cas d'évacuation ou de rapatriement de l'Assuré rendu nécessaire par des troubles politiques, une catastrophe naturelle, une pandémie ou tout événement de force majeure survenant sur le lieu de sa mission, l'Assureur prend en charge les frais de transport nécessaires à son évacuation ou à son rapatriement. Sont inclus dans cette limite les frais de séjour à l'hôtel dans un pays limitrophe, dans l'attente de l'organisation du transport.

16. Frais de communication de crise

En cas de survenance d'un sinistre garanti au titre de la présente garantie affectant un ou plusieurs Assurés dans des conditions susceptibles d'avoir un retentissement médiatique ou institutionnel, l'Assureur rembourse au Souscripteur les frais de conseil et d'accompagnement en communication de crise engagés à cette occasion (relations presse, conseil en communication institutionnelle, veille médiatique).

17. Assistance aux personnes et aux biens

L'Assureur, ou la société d'assistance à laquelle il délègue la mise en œuvre de la présente garantie, s'engage à assurer, 24h/24 et 7j/7, au bénéfice des Assurés en mission, a minima les prestations suivantes :

- Assistance aux personnes :

  - information voyage et santé préalable à la mission ;
  - rapatriement sanitaire de l'Assuré et, le cas échéant, d'une personne l'accompagnant sur prescription médicale ;
  - aide-ménagère à domicile en cas d'immobilisation de l'Assuré ;
  - envoi d'un collaborateur de remplacement et prise en charge de ses frais de transport et d'hébergement ;
  - organisation et prise en charge de la visite d'un proche en cas d'hospitalisation de l'Assuré ;
  - rapatriement du corps en cas de décès et prise en charge des frais y afférents ;
  - interruption et rapatriement anticipé de mission en cas d'hospitalisation ou de décès d'un proche, de sinistre grave affectant le domicile ou les locaux professionnels de l'Assuré ;
  - soutien psychologique téléphonique de l'Assuré et accompagnement des proches en cas de décès ;
  - assistance juridique à l'étranger (avance de caution pénale, mise en relation avec un avocat) ;
  - avance de fonds en cas de perte ou de vol des moyens de paiement, et prise en charge de la perte de documents d'identité ;
  - assistance en cas de retour impossible du fait d'une catastrophe naturelle ou d'une grève des transports sans préavis.

- Assistance aux bagages et incidents de voyage :

- prise en charge en cas de perte, vol ou destruction de bagages, y compris le matériel professionnel confié à l'Assuré ;
- indemnisation en cas de retard de livraison de bagages, de retard ou d'annulation de vol, ou de détournement aérien ;
- prise en charge des frais liés à l'annulation ou à la modification d'un billet de transport dans les cas prévus au contrat.

L'Assureur reste libre de confier tout ou partie de la mise en œuvre de la présente garantie à la société d'assistance de son choix. Dans ce cas, l'Assureur annexe au présent marché la convention d'assistance applicable, laquelle devra couvrir, a minima, l'ensemble des événements listés ci-dessus.

D. NON CUMUL DES GARANTIES DE RESPONSABILITES ET INDIVIDUELLE ACCIDENT

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 de ses services assurés au titre du présent contrat 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 de ses services concernés.

E. 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 Dans tous les cas, la détermination du taux d'invalidité permanente aura toujours lieu en France Métropolitaine.

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 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 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. ASSISTANCE ET RAPATRIEMENT

A. OBJET DE LA GARANTIE

La garantie a pour objet la prise en charge des assurés à la suite d'un événement imprévisible justifiant leur prise en charge et/ou leur rapatriement en France et à l'Etranger.

B. DEFINITIONS

Bénéficiaires
Sont couverts :

- les représentants légaux, les élus, les responsables, le personnel salarié ou bénévole permanent ou occasionnel de l'Assuré, quel que soit le moyen de leur déplacement, dans le cadre de leurs fonctions d'organisateurs, accompagnateurs ou d'animateurs du séjour, voyage ou de l'activité assurée,
- les personnes participant aux activités proposées par l'Assuré, pendant la participation aux activités,
- toute personne physique non domiciliée en France métropolitaine ou dans un D.O.M., placée temporairement sous la responsabilité de l'Assuré ou invitée par lui, pendant son séjour en France ainsi que pendant les trajets d'acheminement entre la France et son domicile.

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 médicaux et associés
Paiement 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 reçue, 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, l'Assureur de garantir, 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. CONDITIONS DES GARANTIES

1. *Durée*

Il est convenu, que les prestations garanties s'appliquent à l'occasion d'un déplacement d'une durée maximale de 365 jours.
Elles sont mises en œuvre par l'assureur ou en accord préalable avec lui.

2. *Déclenchement de garantie*

Les garanties d'assistance sont accordées en cas d'accident corporel survenant au cours du déplacement et de nature à interrompre la participation au séjour ou à l'activité. Sont donc exclus notamment les blessures ou maladies bénignes, les soins et traitements en cours ou préventifs ainsi que les bilans de santé.
La mise en œuvre de ces garanties fait l'objet d'une décision des médecins de l'Assureur.

3. *Territorialité*

Les garanties d'assistance aux personnes sont accordées dans le monde entier compte tenu des caractéristiques géographiques, économiques, juridiques et politiques propres au lieu de déplacement et constatées lors de l'événement.

D. NATURE DES GARANTIES

1. Blessure ou maladie

Lorsque les médecins de l'Assureur décident d'un rapatriement et en déterminent les moyens, l'Assureur organise ce rapatriement et prend en charge son coût. Dans la mesure du possible, et sous réserve de l'avis des médecins de l'Assureur, il sera fait en sorte que l'un des membres de la famille puisse voyager avec le blessé ou le malade.

- Lorsque le blessé ou le malade, non transportable, doit rester hospitalisé pendant plus de 10 jours, l'Assureur met à la disposition d'un membre de sa famille un titre de transport aller et retour pour se rendre à son chevet.
- Lorsque, à la suite d'un accident, l'état de santé du bénéficiaire nécessite une immobilisation sur place médicalement justifiée, l'Assureur prend en charge les frais découlant de la prolongation du séjour.
- En complément des prestations dues par les organismes sociaux, l'Assureur prend en charge les frais médicaux et d'hospitalisation engagés sur place, dans le pays du domicile du bénéficiaire ou à l'étranger, à concurrence de 100 000 euros par bénéficiaire, sous réserve que celui-ci ait la qualité d'Assuré auprès d'un organisme d'assurance maladie.

La prise en charge complémentaire des frais médicaux est portée à 176 000 euros pour les soins exposés à l'étranger à la suite d'un accident. L'intervention de l'Assureur au titre des frais médicaux et d'hospitalisation a le caractère d'une avance remboursable chaque fois que ces frais sont couverts par un contrat d'assurance.

- Envoi de médicaments : dans le cas où, à l'étranger, un bénéficiaire a besoin de médicaments non disponibles sur place mais disponibles en France, l'Assureur, prend en charge et organise leur envoi et avance les frais. Les frais d'achat de ces médicaments pourront être avancés par l'Assureur à titre d'avance remboursable. L'envoi des médicaments demandés est subordonné aux règlements locaux pour le transport et l'importation des médicaments.

2. Décès

Les garanties accordées dans ce cadre sont les suivantes :

- Décès d'un bénéficiaire : l'Assureur organise et prend en charge le transport du corps jusqu'au lieu d'inhumation.
- Retour anticipé aux obsèques d'un proche du bénéficiaire : l'Assureur met à la disposition du bénéficiaire en déplacement un titre de transport aller et retour pour revenir aux obsèques d'un proche décédé.

Il est précisé que l'on entend par proche : le conjoint ou concubin, un ascendant, un descendant, un frère ou une sœur.

3. Cas des personnes valides

Les garanties accordées dans ce cadre sont les suivantes :

- Retour des accompagnants : lorsque le transport sanitaire d'un bénéficiaire est décidé, le retour des autres bénéficiaires, directement concernés par cette interruption du séjour ou du voyage, est organisé et pris en charge par l'Assureur.
- Retour anticipé pour se rendre au chevet d'un proche : l'Assureur met à la disposition du bénéficiaire un titre de transport pour se rendre au chevet d'un proche victime d'un accident grave nécessitant une hospitalisation de plus de 10 jours.
- Retour anticipé en cas de nécessité de présence du bénéficiaire à son domicile : en cas de préjudice grave, et nécessitant impérativement la présence du bénéficiaire, dû au vol, à l'incendie ou à des éléments naturels atteignant la résidence principale ou secondaire du bénéficiaire, l'Assureur met à la disposition du bénéficiaire un titre de transport pour se rendre à son domicile.
- Retour anticipé d'un personnel d'encadrement : en cas d'événement affectant gravement le fonctionnement de l'activité, l'Assureur peut être amené à organiser et prendre en charge l'acheminement d'un accompagnateur membre du personnel d'encadrement de l'Assuré, en mettant à sa disposition un titre de transport aller-retour jusqu'au lieu de l'activité.
- Recherche de personnes et transmission de messages urgents : l'Assureur se charge de mettre en œuvre les moyens qu'il juge appropriés pour rechercher les membres de la famille du bénéficiaire et transmettre des messages lorsque, pour quelque cause que ce soit, il ne peut pas les envoyer lui-même.

4. Cas des mineurs

Les garanties accordées dans ce cadre sont les suivantes :

- Accompagnement d'un mineur rapatrié : lorsque le bénéficiaire du rapatriement est un mineur et en cas de nécessité appréciée par l'Assureur, la garantie comprend également les frais d'accompagnement d'un membre du personnel d'encadrement de l'Assuré ou d'un membre de la famille du bénéficiaire.

IV. 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 MEDICAUX NON PRIS EN CHARGE PAR UN REGIME OBLIGATOIRE.

- 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

1. LA GUERRE CIVILE OU ETRANGERE, DECLAREE OU NON ;
2. 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 ;
1. LE SUICIDE OU LA TENTATIVE DE SUICIDE, AINSI QUE TOUTE LESION CAUSEE OU PROVOQUEE INTENTIONNELLEMENT PAR L'ASSURE OU LE BENEFICIAIRE ;
2. LES AFFECTIONS DE TYPE PUREMENT PSYCHIATRIQUE, LES MALADIES MENTALES, LA DEPRESSION NERVEUSE SOUS TOUTES SES FORMES, L'ALIENATION MENTALE,
3. 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 ;
4. L'USAGE DE DROGUES, STUPEFIANTS OU PRODUITS TOXIQUES NON PRESCRITS MEDICALEMENT ;
5. 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 ;
6. LA NAVIGATION AERIENNE EN QUALITE DE :
    a. PILOTE PROFESSIONNEL OU PERSONNEL NAVIGANT ;
    b. PASSAGER SAUF SUR LES LIGNES COMMERCIALES EXPLOITEES PAR LES COMPAGNIES AGREEES POUR EFFECTUER LE TRANSPORT DE PERSONNES ;

Par dérogation aux exclusions communes visées ci-dessus relatives à la navigation aérienne, à l'usage d'engins à moteur et aux essais ou compétitions nécessitant l'utilisation de tels engins, la garantie reste acquise aux Assurés lorsque l'accident survient dans le cadre de l'exercice normal de leur mission d'expérimentation de matériels, d'essais sur engins spéciaux ou de manipulation de matériels relatifs à un lancement, pour le compte du Souscripteur et sur instruction de celui-ci.

7. LA PARTICIPATION DE L'ASSURE A DES EPREUVES DE VITESSE, DES ESSAIS OU DES COMPETITIONS NECESSITANT L'UTILISATION D'ENGINS A MOTEUR ;
8. LA PRATIQUE PAR L'ASSURE DE :
    a. TOUT SPORT EN QUALITE DE SPORTIF PROFESSIONNEL OU DE HAUT NIVEAU,
    b. TOUT SPORT AERIEN, AERONAUTIQUE OU VOL LIBRE,

c. **LES SPORTS DE COMBAT AVEC OU SANS ARME, LE SAUT EN ELASTIQUE, LE KITE SURF, LE WINGSUIT.**

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 alinéas 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 précédent 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.

B. RESILIATION DU CONTRAT

Le contrat peut être résilié :

- **Par l'Assuré** :
  - En cas de disparition de circonstances aggravantes mentionnées dans le contrat et si l'Assureur refuse de réduire la cotisation en conséquence dans un délai de 10 jours à compter de la réclamation faite par l'Assuré, par lettre recommandée avec accusé de réception. La résiliation prend effet à l'expiration d'un délai de trente (30) jours suivant sa notification à l'Assureur.

- **Par l'Assureur :**
  - En cas de non-paiement des cotisations.
  - En cas d'aggravation du risque si le Souscripteur n'accepte pas la nouvelle cotisation proposée par l'Assureur. La garantie prendra fin trente (30) jours après la notification de la résiliation à l'Assuré.
  - En cas d'omission ou d'inexactitude dans la déclaration du risque, la résiliation étant acquise à l'expiration d'un délai de 10 jours suivant sa notification par l'Assureur au Souscripteur, par lettre recommandée avec accusé de réception.
  - En cas de redressement judiciaire de l'Assuré, dans un délai de trois (3) mois à compter de la date du jugement d'ouverture de la procédure de redressement judiciaire. La résiliation prendra effet dix (10) jours après la notification adressée à l'Assuré ou à son Administrateur judiciaire par lettre recommandée avec accusé de réception.

- **De plein droit** :
  - En cas de retrait total de l'Agrément de l'Assureur

  Dans le cas d'une résiliation au cours d'une période d'assurance, la portion de cotisation pour la période restante est remboursée au Souscripteur si elle a été payée d'avance. Toutefois, cette portion de cotisation est conservée par l'Assureur si le contrat a été résilié pour non-paiement de cotisation.

  La résiliation ou le non-renouvellement du contrat ou de la convention est sans effet sur le versement des prestations immédiates ou différées, acquises ou nées durant son exécution.

C. SINISTRES

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 chaque établissement 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.

Chaque établissement 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 chaque établissement 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 chaque établissement 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 chaque établissement assuré, en accord avec l'Assureur, ont procédé au règlement à l'étranger de l'indemnité mise à sa charge, celle-ci lui sera remboursée à concurrence de sa contre-valeur en euros au cours officiel du jour où chaque établissement assuré aura effectué le règlement.

2. Frais de procédure

Chaque établissement 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 chaque établissement 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 chaque établissement assuré dans un premier temps par le juge des référés pour les sinistres qui mettent en jeu les garanties du marché.

VI. DEFINITIONS

Agents : le personnel de chaque établissement assuré relevant pour le régime des accidents de service et des maladies professionnelles de l'un des statuts de la fonction publique.

Ayant-droit : toute personne qualifiée comme telle au regard du statut de la fonction publique et pouvant prétendre à un droit à indemnisation à la suite d'un accident de service ou d'une maladie professionnelle d'un agent tel que défini ci-dessus.

Autrui ou tiers : Toute personne autre que chaque établissement 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.

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

Dommages :

- *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.