



CONDITIONS GENERALES INDIVIDUELLE ACCIDENT

N° 410

Pour la lecture des présentes Conditions Générales, il est précisé que par «Code», il faut entendre «Code des Assurances».

1. OBJET DU CONTRAT

Le contrat garantit l'Assuré contre les risques définis aux Conditions Personnelles et Spéciales.

2. DECLARATIONS

Le contrat est établi d'après les déclarations du Preneur d'assurance et de l'assuré, la cotisation est fixée en conséquence.

2.1 A la souscription

Le Preneur d'assurance ainsi que l'assuré doivent répondre exactement et par écrit, sous peine des sanctions prévues à l'article 2.4 ci-dessous, aux questions que l'assureur leur aura posées dans le formulaire de déclaration du risque, par lettre ou questionnaire.

2.2 En cours de contrat

Le Preneur d'assurance ou, à défaut l'Assuré, doit nous déclarer toute modification du risque tel qu'il a été présenté dans le formulaire de déclaration du risque et défini aux Conditions Personnelles, sous peine des sanctions prévues à l'article 2.4 ci-dessous.

Cette déclaration doit être faite par lettre recommandée, dans un délai de 15 jours à partir du moment où l'un ou l'autre en a eu connaissance.

2.3 Autres assurances

Si un ou plusieurs risques assurés par le présent contrat sont ou viennent à être couverts par une autre assurance, le Preneur d'assurance et l'Assuré doivent en faire immédiatement la déclaration à l'Assureur et lui indiquer, lors de cette communication, le nom de l'Assureur avec lequel une autre assurance a été contractée, ainsi que les sommes assurées.

2.4 Sanctions en cas d'observation de ces déclarations

- Toute réticence, fausse déclaration, omission ou inexactitude dans la déclaration, à la souscription ou en cours de contrat, des circonstances visées à l'article 2, peut être sanctionnée, même si elle a été sans influence sur le sinistre, par :

- la nullité du contrat en cas de mauvaise foi du Preneur d'assurance ou de l'Assuré (article L.113-8 du Code),
- la réduction de l'indemnité en cas de sinistre si la mauvaise foi du Preneur d'assurance ou de l'Assuré n'est pas établie : l'indemnité sera réduite en proportion des cotisations payées par rapport aux cotisations qui auraient été dues, si les risques avaient été exactement et complètement déclarés (article L.113-9 du Code).

- Quand plusieurs assurances contre un même risque sont contractées de manière dolosive ou frauduleuse, les sanctions prévues à l'art L.121.3, premier alinéa du Code sont applicables (nullité du contrat, voire dommages et intérêts).

3. PRISE D'EFFET & DUREE

Le contrat prend effet aux date et heure indiquées aux Conditions Personnelles. Il est conclu pour la durée prévue aux Conditions Personnelles signées par le Preneur d'assurance.

A l'expiration de cette durée, et si mention en est faite aux Conditions Personnelles, il sera renouvelé de plein droit, d'année en année, par tacite reconduction, sauf dénonciation par l'une ou l'autre des parties, dans les formes prévues à l'article 6 ci-dessous pour la résiliation.

Les garanties s'appliquent :
en cas d'accident, dès la prise d'effet,
en cas de maladie, après expiration d'un délai de carence le cas échéant.

4. COTISATION

4.1 Paiement de la cotisation

La cotisation (ou en cas de fractionnement, les fractions de cotisation) dont le montant est indiqué aux Conditions Personnelles, ainsi que les frais et taxes sur le montant d'assurance, sont payables au Siège Social de l'Assureur ou au domicile du mandataire éventuellement désigné par lui à cet effet. Elle est payable à la date d'échéance ou aux dates indiquée aux Conditions Personnelles.

4.2 Non paiement de la cotisation

A défaut de paiement d'une cotisation (ou d'une fraction de cotisation) dans les 10 jours de son échéance et indépendamment de son droit de poursuivre l'exécution du contrat en justice, l'Assureur peut, par lettre recommandée adressée au Preneur d'assurance à son dernier domicile connu, suspendre la garantie 30 jours après l'envoi de cette lettre (ou de sa remise au destinataire, si celui-ci est domicilié hors de France Métropolitaine).

Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée. L'Assureur a le droit de résilier le contrat 10 jours après l'expiration du délai de 30 jours mentionné ci-dessus.

Le contrat non résilié reprend pour l'avenir ses effets, à midi, le lendemain du jour où ont été réglées à l'Assureur la cotisation impayée, (ou en cas de fractionnement, les fractions de cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure), et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuites et recouvrement.



4.3 Adaptation des prestations et des cotisations

Si cela est prévu aux Conditions Personnelles, le montant des prestations garanties, ainsi que la cotisation, seront revalorisés chaque année, à la date d'échéance principale. Chaque partie a la possibilité de renoncer à cette revalorisation, en notifiant sa décision à l'autre partie, 2 mois au moins avant l'échéance principale. Dans ce cas, le montant des prestations et la cotisation seront stabilisés au niveau atteint lors de l'échéance principale précédente.

4.4 Révision du tarif

Si l'Assureur est amené à modifier le tarif applicable, pour des raisons autres que celles prévues aux articles 4.5 et 4.6, la cotisation est modifiée dans la même proportion, à compter de l'avis d'échéance qui suit cette modification. Dans le cas de majoration de la cotisation, le Preneur d'assurance en sera informé par un avis d'échéance portant mention de la nouvelle cotisation et pourra, en cas de refus, résilier le contrat dans un délai de 30 jours à compter de la date où il en aura été informé. La résiliation prendra alors effet, à la date d'échéance.

4.5 Aggravation du risque

Lorsque cette modification constitue une aggravation telle que, si le nouvel état de choses avait existé lors de la souscription, l'Assureur n'aurait pas contracté ou ne l'aurait fait que moyennant une cotisation plus élevée, l'Assureur peut soit résilier le contrat moyennant préavis de 10 jours, soit proposer une nouvelle cotisation. Le Preneur d'assurance bénéficie d'un délai de 30 jours pour refuser la nouvelle cotisation (le silence valant refus), à l'expiration duquel l'Assureur pourra prévoir la résiliation du contrat (art. L.113-4 du Code), moyennant préavis de 10 jours.

4.6 Diminution du risque

Si le Preneur d'assurance justifie d'une diminution des risques garantis, la cotisation peut être réduite par avenant. Cette réduction ne porte que sur les cotisations à échoir après la demande de réduction. Si l'Assureur refuse de diminuer la cotisation, le Preneur d'assurance peut résilier le contrat, moyennant un préavis de 30 jours, et obtenir le remboursement du prorata de cotisation non couru.

5. OBLIGATIONS EN CAS DE SINISTRE

5.1 Déclaration à l'assureur

En cas de sinistre, l'Assuré, ou à défaut le Preneur d'assurance ou le Bénéficiaire, doit :
Dès qu'il en a connaissance et au plus tard dans les 5 jours ouvrés, aviser l'Assureur ou son représentant légal, par écrit - de préférence par lettre recommandée - ou verbalement contre récépissé.

A défaut, sauf cas fortuit ou de force majeure, le bénéficiaire serait déchu de tout droit à indemnité pour le sinistre en cause, si l'Assureur établit l'existence d'un préjudice consécutif à ce retard.

Indiquer à l'Assureur dans la déclaration du sinistre ou, en cas d'impossibilité, dans une déclaration ultérieure faite dans le plus bref délai :

- le N° du contrat,
- la date et les circonstances du sinistre, ses causes connues ou présumées,
- s'il s'agit d'un accident, les nom et adresse de ces auteurs (s'ils sont connus) et si possible des témoins, ainsi que le procès verbal ou rapport de l'autorité qui est intervenue,

- s'il s'agit d'une maladie, la nature de celle-ci,
- le nom du Médecin-traitant,
- et, les garanties souscrites pour les mêmes risques auprès d'autres assureurs.

Adresser à l'Assureur :

en cas d'hospitalisation, d'arrêt de travail, de frais médicaux :

- le certificat du médecin, du chirurgien ou du centre hospitalier appelé à donner les premiers soins, décrivant les blessures et fixant la durée prévisible de l'arrêt d'activité,
- un certificat médical de prolongation, si l'assuré n'est pas en mesure de reprendre son activité à la date fixée par le précédent certificat, ce certificat devant nous parvenir dans un délai de 10 jours suivant la date d'expiration du précédent certificat.

A défaut, sauf cas fortuit ou de force majeure, le bénéficiaire serait déchu de tout droit à indemnité pour le sinistre en cause, si l'Assureur établit l'existence d'un préjudice consécutif à ce retard.

- les factures, feuilles de maladie, honoraires de médecin, relevés de la sécurité sociale, factures hospitalières permettant d'établir le montant réel des débours de l'assuré, ainsi que les feuilles de remboursement dont l'assuré a été bénéficiaire.

en cas de rapatriement sanitaire :

- le certificat du médecin attestant et justifiant la nécessité du rapatriement ainsi que le moyen de transport utilisé,
- tout document (factures et titres de transport etc. ...) justifiant les frais engagés par l'assuré pour son rapatriement,
- Les feuilles de remboursement dont l'Assuré a été bénéficiaire pour le voyage retour initialement prévu.

en cas d'incapacité permanente ou de perte de profession :

- le certificat médical du médecin.

en cas de décès :

- le certificat de décès attestant qu'il s'agit d'un décès accidentel et mentionnant la cause exacte du décès,
- les documents légaux établissant la qualité du (des) bénéficiaire(s) ainsi que les coordonnées du notaire chargé de la succession.

5.2 Justifications à apporter

L'Assuré ou le Bénéficiaire doit apporter la preuve de l'existence et de l'étendue du sinistre. Il doit fournir spontanément, et au plus tard dans le délai d'un mois suivant la demande de l'Assureur, tous renseignements et attestations, tels que des certificats médicaux en cas de prolongation de la durée de l'incapacité temporaire, toutes les pièces justifiant des frais supportés par lui et tous autres compléments d'information demandés par l'assureur.

5.3 Sanctions

- Si, sauf cas fortuit ou de force majeure, le Preneur d'assurance, l'Assuré ou le Bénéficiaire ne se conforme pas aux dispositions de l'article 5.1, ou si, de mauvaise foi, il fait de fausses déclarations sur la date, la nature, les causes, les circonstances et les conséquences d'un sinistre, emploie comme justificatifs des documents inexacts ou use de moyens frauduleux, le Bénéficiaire est entièrement déchu de tout droit aux prestations pour ce sinistre. Si celles-ci sont déjà réglées, elles doivent être remboursées à l'Assureur.
- Dans les autres cas, l'Assureur peut réduire les prestations, proportionnellement aux dommages que le manquement peut lui causer.



- Lorsque les conséquences d'un accident ou d'une maladie, sont aggravées par un manque de soins dû à la négligence de l'Assuré, ou par un traitement empirique, les prestations seront fixées d'après les conséquences qu'auraient eues l'accident ou la maladie chez une personne soumise à un traitement médical.

5.4 Contrôle de l'assureur

Les médecins désignés par l'Assureur doivent, sauf opposition justifiée, avoir libre accès auprès de l'Assuré, afin de constater son état.

Les représentants de l'Assureur doivent également pouvoir effectuer toutes vérifications nécessaires.

Le refus par l'Assuré ou, s'il s'agit d'un mineur ou d'un incapable majeur, par ses représentants légaux, de se conformer à ces obligations, après l'envoi d'une lettre recommandée de mise en demeure, entraîne la déchéance de tout droit aux prestations pour le sinistre en cause.

5.5 Paiement des prestations

Les prestations, fixées d'après leur valeur au jour du sinistre, sont versées dans les 30 jours, soit de l'accord amiable, soit de la décision judiciaire exécutoire, sous réserve de dispositions contraires indiquées par ailleurs. Le délai, en cas d'opposition, ne court que du jour de la mainlevée. A défaut et sauf cas fortuit ou de force majeure, l'indemnité portera, à compter de l'expiration de ce délai, intérêt au taux légal.

Les sinistres en cours à la date de cessation des garanties continuent à être pris en charge jusqu'à leur terme, sous réserve de l'application du délai de prescription.

Toutefois, les Indemnités Journalières ne sont réglées que jusqu'à la date de résiliation, dans les cas suivants :

- résiliation à l'initiative du Preneur d'assurance, sauf s'il s'agit d'une résiliation en application des articles 4.4. ou 4.6 ci-dessus.
- résiliation par l'Assureur pour non paiement de la cotisation (article 4.2 ci-dessus).

5.6 Expertise

En cas de désaccord sur l'existence, les causes ou les conséquences d'un sinistre, les parties soumettront leur différend à deux médecins désignés, l'un par l'Assuré ou le Bénéficiaire, l'autre par l'Assureur. S'il y a divergence de vues entre les deux médecins, ceux-ci en désigneront un troisième pour les départager. Faute par l'une des parties de nommer son médecin, ou par les deux médecins de s'entendre sur le choix du troisième, la désignation sera effectuée, à la requête de la partie la plus diligente, par le Président du Tribunal compétent du lieu où l'accident s'est produit, ou du domicile de l'Assuré. Les trois médecins opéreront en commun et à la majorité des voix. Chaque partie paiera les frais et honoraires du médecin désigné par elle et, s'il y a lieu, la moitié de ceux du troisième médecin et des frais de sa nomination.

5.7 Subrogation

L'Assureur est subrogé, s'il y a lieu, dans les termes de l'art. L.131-2 du Code, jusqu'à concurrence de l'indemnité qu'il a payée, dans les droits et actions de l'Assuré, contre tout responsable du sinistre. Si la subrogation ne peut pas, du fait de l'Assuré, s'opérer en faveur de l'Assureur, la garantie de celui-ci cesse d'être engagée dans la mesure où aurait pu s'exercer la subrogation.

6. RÉSILIATION

6.1 Cas où le contrat est résiliable

Par le Preneur d'assurance ou l'Assureur :

- en cas de modification ou de cessation du risque (article L.113-16 du Code),

Par le Preneur d'assurance :

- chaque année, à la date d'échéance principale, moyennant préavis de deux mois au moins,

en cas de :

- diminution du risque si l'Assureur refuse de réduire la cotisation en conséquence (art. L.113-4 du Code),
- résiliation par l'Assureur d'un autre contrat après sinistre (art. R.113-10 du Code),
- majoration de la cotisation.

Par l'Assureur :

- à la date d'échéance principale, moyennant préavis de deux mois au moins, étant précisé que cette faculté de résiliation ne peut s'exercer que durant les deux premières années d'assurance pour les contrats de particuliers ou les contrats groupe à adhésion facultative (autres que ceux couvrant le décès exclusivement),
- en cas de non-paiement des cotisations (art. L.113-3 du Code),
- en cas d'omission ou d'inexactitude dans la déclaration du risque à la souscription ou en cours de contrat (art. L.113-9 du Code),
- en cas d'aggravation du risque (Article L.113.4. du Code),
- après sinistre, le Preneur d'assurance ayant alors le droit de résilier les autres contrats qu'il a souscrit auprès de l'assureur (Article R.113.10 du Code).

De plein droit et sauf convention contraire aux Conditions Personnelles :

- en cas de décès de l'Assuré,
- après sinistre ayant pour conséquence une invalidité permanente totale ou une perte de profession,
- en cas de retrait de l'agrément de l'Assureur (art. L.326-12 du Code).

6.2 Formes de la résiliation

Lorsque le Preneur d'assurance a la faculté de résilier le contrat, il peut le faire soit par lettre recommandée avec récépissé, soit par une déclaration au siège social de l'Assureur, ou à son représentant légal, en demandant qu'un récépissé soit délivré, par une notification faite par un huissier.



Lorsque l'Assureur décide de résilier le contrat, la notification est faite au Preneur d'assurance, par lettre recommandée adressée à son dernier domicile connu.

En cas de résiliation pour changement de domicile, de situation ou régime matrimonial, de profession, pour retraite ou cessation définitive d'activité professionnelle (art. L.113-16 du Code), la résiliation doit être notifiée, à l'autre partie, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, indiquant la nature et la date de l'événement invoqué.

Si la résiliation émane du Preneur d'assurance, elle devra comporter toute précision de nature à établir qu'elle est en relation directe avec ledit événement.

La demande de résiliation doit être faite :

- si elle émane du Preneur d'assurance, dans les trois mois suivant la date de l'événement,
- si elle émane de l'Assureur, dans les trois mois suivant le jour où l'Assureur a reçu notification de l'événement, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

6.3 Prise d'effet de la résiliation

La résiliation prend effet un mois après la date d'envoi de la notification (le cachet de la poste faisant foi), à l'exception des cas suivants :

- résiliation pour l'échéance principale : la résiliation intervient à l'échéance principale,
- décès de l'Assuré, invalidité permanente totale ou perte de profession de l'Assuré : le jour du versement du capital : la résiliation intervient immédiatement,
- aggravation du risque (article 4.5 ci-dessus), omission ou inexacititude dans la déclaration du risque : la résiliation intervient 10 jours après notification à l'autre partie,
- non-paiement des cotisations : la résiliation peut intervenir à partir du 10ème jour suivant la date de suspension de la garantie (article 4.2 ci-dessus),
- retrait de l'agrément de l'Assureur : la résiliation intervient le 40ème jour, à midi, à compter de la publication au Journal Officiel.

6.4 Sort de la cotisation payée d'avance

Dans les cas où la résiliation intervient au cours d'une période d'assurance, l'Assureur rembourse au Preneur d'assurance la portion de cotisation afférente à la période pendant laquelle les risques ne sont plus garantis. Toutefois, l'Assureur a droit à la totalité des cotisations échues en cas de résiliation pour non-paiement de cotisation (article 4.2 ci-dessus).

7. MODIFICATION, PROLONGATION DU CONTRAT

Toute proposition du Preneur d'assurance visant, à modifier ou prolonger le présent contrat, ne peut être valablement notifiée que par lettre recommandée adressée au siège social de l'Assureur, ou à son représentant légal (article L.112-2 du Code).

8. PRESCRIPTION - ELECTION DE DOMICILE

Toutes actions dérivant du présent contrat sont prescrites dans un délai de deux ans, à compter de l'événement qui y donne naissance (articles L.114-1 et L.114-2 du Code).

Pour la garantie décès consécutif à un accident, la prescription est portée à 10 ans lorsque les bénéficiaires du contrat sont les ayants-droit de l'assuré.

Pour l'exécution du présent contrat, l'Assureur fait élection de domicile en son siège social en France. Seule est reconnue la compétence des juridictions françaises sauf disposition contraire prévue aux Conditions Personnelles.

9. INFORMATIQUE, FICHIERS, LIBERTE

Conformément à l'article de la loi du 06/01/1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, l'Assuré peut demander à l'Assureur, communication et rectification de toute information le concernant qui figurerait sur tout fichier à usage de la société, de ses mandataires et des organismes professionnels concernés.

10. AUTORITÉ DE CONTRÔLE

L'autorité chargée du contrôle de l'Assureur est : Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles 61, rue Taitbout - 75009 Paris.

11. MÉDIATION

En cas de difficultés, le Preneur d'assurance consulte d'abord son interlocuteur habituel et si sa réponse ne le satisfait pas, il pourra adresser sa réclamation à la Direction générale de ALBINGIA 109/111, rue Victor Hugo 92532 Levallois Perret cedex, en n'oubliant pas de préciser son numéro de dossier.

Si, enfin le désaccord persiste après la réponse donnée par ALBINGIA, le Preneur d'assurance peut demander l'avis du médiateur dont les conditions d'accès lui sont communiquées sur simple demande à l'adresse ci-dessus.