

ASSURANCE DU PERSONNEL TRAVAILLANT A BORD DE BATEAUX DE PLAISANCE

DISPOSITIONS GENERALES



INTRODUCTION

Votre contrat se compose des deux éléments suivants :

Les présentes Dispositions Générales

- Elles indiquent le fonctionnement de votre contrat, le contenu des garanties ainsi que les exclusions.

Les Dispositions Particulières

- Elles comportent les éléments personnels de votre contrat, vos déclarations et les garanties que vous avez souscrites.

Le contrat est régi par le Code des Assurances.

OBJET DE NOTRE GARANTIE :

- Nous nous engageons à indemniser l'assuré jusqu'à concurrence des montants prévus aux Dispositions Particulières dans le cas où il serait victime d'un accident ou d'une maladie. Cet accident ou cette maladie devra évidemment entrer dans le champ de notre garantie.
- Les garanties que le souscripteur a choisies parmi celles qui sont décrites dans les présentes Dispositions Générales sont mentionnées aux Dispositions Particulières.

SOMMAIRE

LES GARANTIES	4
1. Les garanties applicables en cas d'incapacité temporaire	4
2. Le remboursement des frais médicaux	5
3. Les garanties applicables en cas de décès suite à accident	6
4. Les garanties applicables en cas d'invalidité permanente suite à accident	6
5. Les montants et plafonds de garantie	6
<i>EXCLUSIONS COMMUNES A TOUTES LES GARANTIES</i>	7
<i>EXCLUSIONS COMMUNES AUX GARANTIES AUTRES QUE DECES</i>	7
<i>EXCLUSIONS SPECIFIQUES A CERTAINES GARANTIES</i>	8
1. En ce qui concerne la garantie " FRAIS MEDICAUX "	8
2. En ce qui concerne les garanties applicables en cas d'INCAPACITÉ TEMPORAIRE	8
<i>FORMATION - DUREE - RESILIATION</i>	9
<i>VOS DECLARATIONS ET OBLIGATIONS</i>	10
<i>VOTRE COTISATION</i>	11
<i>VOS OBLIGATIONS</i>	13
<i>REGLEMENT : DISPOSITIONS SPECIFIQUES A CERTAINES GARANTIES</i>	14
1. Dispositions spécifiques "INCAPACITE TEMPORAIRE"	14
2. Dispositions spécifiques "FRAIS MEDICAUX"	14
3. Dispositions spécifiques "DECES"	15
4. Dispositions spécifiques "INVALIDITE PERMANENTE"	15
<i>REGLEMENT : DISPOSITIONS COMMUNES A TOUTES LES GARANTIES</i>	15
<i>SUBROGATION</i>	16
<i>PRESCRIPTION</i>	17
<i>INFORMATION DE L'ASSURE</i>	17
<i>CONDITIONS D'APPLICATION DU BAREME D'INVALIDITE PERMANENTE</i>	18
<i>BAREME</i>	18
TABLEAU DES GARANTIES	21
LEXIQUE	22

LES GARANTIES

Au titre des présentes garanties, nous nous engageons à rembourser les frais médicaux pendant la durée prévue ci-après et à verser diverses indemnités, suite à un accident ou à une maladie atteignant les membres d'équipage travaillant à bord d'un bateau de plaisance battant pavillon français ou étranger, selon les modalités précisées ci-après.

1. Les garanties applicables en cas d'incapacité temporaire

Le point de départ de l'incapacité temporaire est le jour où l'assuré a été laissé à terre suite à sa maladie ou à son accident l'empêchant de reprendre son activité salariée.

Au titre d'une même période d'incapacité temporaire de travail, l'assuré ne peut percevoir des indemnités au titre de plusieurs événements garantis (accident et maladie).

Bateaux de plaisance battant pavillon français ou étranger

Si le marin a été laissé à terre en France, nous garantissons le versement de l'indemnité journalière mentionnée aux Dispositions Particulières, après expiration de la période de franchise fixée aux Dispositions Particulières et jusqu'à la date de guérison ou de consolidation des blessures.

Si le marin a été laissé à terre hors de France et rapatrié guéri ou en état de consolidation, nous garantissons le versement de l'indemnité journalière mentionnée aux Dispositions Particulières, après expiration de la période de franchise fixée aux Dispositions Particulières jusqu'au jour de son retour en France.

L'indemnité journalière est versée à hauteur de :

- 100 % du salaire journalier (sous déduction éventuelle de la prestation servie par le régime de Sécurité sociale des marins) jusqu'au 6^{ème} mois inclus
- 50 % du salaire journalier (sous déduction éventuelle de la prestation servie par le régime de Sécurité sociale des marins) au-delà.

L'indemnité journalière est versée pendant la durée réelle de l'incapacité temporaire dans les limites suivantes :

- si l'incapacité temporaire est la conséquence d'une maladie : au maximum pendant une durée de 6 mois depuis le début de l'incapacité temporaire.
- si l'incapacité temporaire est la conséquence d'un accident : jusqu'à la consolidation des blessures et au maximum pendant une durée de un an.

En aucun cas, la période de versement de l'indemnité ne pourra dépasser les durées maximales ci-dessus.

LES GARANTIES

2. Le remboursement des frais médicaux

2.1. Bateaux de plaisance battant pavillon français ou étranger

Nous garantissons le remboursement des frais médicaux et chirurgicaux occasionnés par une maladie ou un accident, au plus pour les durées fixées au paragraphe 1..

2.3. Les dépenses de soins remboursées

Dans la limite des frais réellement engagés, les prestations maximales sont fixées :

- en pourcentage des frais réels,
- dans la limite d'un plafond par année d'assurance et par bénéficiaire pour les actes suivants : soins dentaires, prothèses dentaires, optique, orthopédie et prothèses et frais d'accouchement.

Les pourcentages ainsi que les montants des plafonds figurent sur le Tableau des garanties en Annexe.

Seules sont garanties les dépenses de santé engagées pendant la période de garantie. Pour les soins et les prothèses dentaires, les dépenses ainsi que les dates de proposition et d'exécution des travaux doivent également être situées dans la période de garantie.

Le remboursement des frais médicaux suivants :

- les consultations, visites, indemnités de déplacement des praticiens et auxiliaires médicaux
- les frais d'hospitalisation médicales et chirurgicale : honoraires des praticiens et auxiliaires médicaux, frais de salle d'opération, frais de séjour y compris le forfait hospitalier et la chambre particulière
- les actes de radiologie
- les analyses et prélèvements
- les soins et prothèse dentaire, (avec un délai d'attente de 9 mois)
- les appareils d'orthopédie, de prothèse et d'optique (avec un délai d'attente de 6 mois)
- la pharmacie
- les frais de transport du malade ou de l'accidenté
- les frais d'accouchement (avec un délai d'attente de 9 mois).

Les limitations

- Limitation de l'hospitalisation en milieu spécialisé (psychiatrie et assimilée)

L'hospitalisation en psychiatrie et assimilée est prise en charge dans la limite de 30 jours par année d'adhésion dans la limite du poste « hospitalisation médicale et chirurgicale » du tableau de garantie en Annexe.

- Limitation de l'hospitalisation à domicile

L'hospitalisation à domicile, en continuation d'un séjour hospitalier garanti par nos soins, est prise en charge dans la limite de 90 jours par année d'adhésion dans la limite du poste « hospitalisation médicale et chirurgicale » du tableau de garantie en Annexe..

3. Les garanties applicables en cas de décès suite à accident

Nous garantissons le versement à (aux) l'ayant(s)-droit de l'assuré du capital mentionné aux Dispositions Particulières en cas de disparition ou de décès survenant moins de deux ans après un accident garanti.

4. Les garanties applicables en cas d'invalidité permanente suite à accident

Nous garantissons le versement d'un capital à l'assuré lorsqu'un accident garanti entraîne une invalidité permanente.

- Le capital que nous versons à l'assuré est égal au produit du capital mentionné aux Dispositions Particulières par le taux d'invalidité permanente.
- Dans le cas où le taux d'invalidité est égal ou supérieur à 66%, nous versons la totalité du capital.

Le taux d'invalidité permanente est déterminé conformément au Barème Invalidité Permanente décrit dans les présentes Dispositions générales.

5. Les montants et plafonds de garantie

- Le plafond de garantie applicable à la prise en charge des garanties décrites ci-dessus (remboursement des frais médicaux, décès, incapacité permanente et incapacité temporaire de l'assuré) est fixé à **150 000** euros par assuré et par an.
- L'indemnité globale d'assurance ne peut excéder, tous postes de préjudices confondus, **500 000** euros par bateau de plaisance et par sinistre.

LES EXCLUSIONS

EXCLUSIONS COMMUNES A TOUTES LES GARANTIES

Sont exclus du droit aux prestations:

1. Les personnes âgées de plus de 70 ans
2. Les maladies ou accidents, ainsi que leurs suites, que l'assuré aurait lui-même intentionnellement provoqués ou qui résultent de tentative de suicide ou de mutilation volontaire.
3. Les maladies ou accidents ainsi que leurs suites :
 - Dus à des rayonnements ionisants émis de façon soudaine ou fortuite par des combustibles nucléaires ou par des produits ou déchets radioactifs provenant de réacteurs ;
 - Causés par des armes ou engins destinés à exploser par modifications de structure du noyau d'atome ;
 - Dus aux rayonnements ionisants dont seraient victimes les personnes exposées de manière prévisible à de tels rayonnements du fait de leur activité professionnelle. Ces accidents sont pris en charge par des contrats d'assurance spéciaux parfaitement adaptés à ce type de risque.
4. Les maladies ou accidents, ainsi que leurs suites, occasionnés par :
 - Faits de guerre civile ou étrangère ;
 - Participation à une rixe, sauf cas de légitime défense ou d'assistance à personne en danger ;
 - Participation active à des actes de terrorisme ou de sabotage, à des émeutes ou mouvements populaires.
5. Les maladies ou accidents, ainsi que leurs suites, occasionnés par la pratique des sports suivants : compétitions et leurs essais effectués sur des véhicules ou des embarcations à moteur, sports aériens, alpinisme, varappe, sports de combat sauf judo, hockey sur glace, plongée sous-marine avec appareil autonome, bobsleigh, skéléton, spéléologie, saut à ski, saut à l'élastique, polo à cheval.
6. Les accidents subis lors de l'utilisation de tout appareil de navigation aérienne, sauf en qualité de passager non rémunéré sur les lignes exploitées par les Compagnies agréées pour le transport public de personnes.

EXCLUSIONS COMMUNES AUX GARANTIES AUTRES QUE DECES

- Les maladies ou accidents ainsi que leurs suites, occasionnées par l'usage de stupéfiants non médicalement prescrits ou toxicomanie.
- Les conséquences d'accident survenant lors de la conduite de tous véhicules à moteur alors que l'assuré est en état d'ivresse ou lorsqu'il présente un taux d'alcoolémie égal ou supérieur au taux fixé par les Pouvoirs Publics et en vigueur au jour de l'accident, sauf s'il est prouvé que l'accident est sans rapport avec cet état.

LES EXCLUSIONS

EXCLUSIONS SPECIFIQUES A CERTAINES GARANTIES

1. En ce qui concerne la garantie " FRAIS MEDICAUX "

sont exclus de nos remboursements :

- Les interventions et soins esthétiques non consécutifs à un accident garanti
- Les cures de rajeunissement et d'amaigrissement ainsi que leurs suites
- Les cures de désintoxication
- Les séjours en maison de repos, de convalescence ou services de convalescence d'un hôpital
- Les séjours en instituts médico-pédagogiques et médico psycho-pédagogiques, hospices, maisons de retraite, logements-foyers, établissements d'hébergement, centres de cures médicales pour personnes âgées ou tout autre établissements dits de long séjour ;
- Les frais de transport et de séjour en établissement thermal
- Les maladies ou accidents survenus au cours de l'accomplissement du service national ou des périodes militaires supérieures à 30 jours.

2. En ce qui concerne les garanties applicables en cas d'INCAPACITÉ TEMPORAIRE

- Nous n'intervenons pas pour les arrêts de travail liés à des maladies mentales ou des affections psychiques ne donnant pas lieu à une hospitalisation dans un établissement de soins spécialisés.
- Pour les périodes d'incapacité temporaire liés à l'état de grossesse normal ou pathologique et à l'accouchement normal, le service des indemnités journalières est suspendu 30 jours avant la date présumée de l'accouchement et 30 jours après celui-ci.

LA VIE DU CONTRAT

FORMATION - DUREE - RESILIATION

Le contrat est régi par le Code des Assurances selon les modalités prévues aux articles précisés dans le texte qui suit.

Quand le contrat prend-il effet ?

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

Quelle est la durée du contrat ?

Le contrat est conclu pour la durée indiquée aux Dispositions Particulières par une mention en caractères très apparents figurant juste au-dessus de votre signature. Sauf dispositions contraires, il se renouvelle chaque année de façon automatique.

Comment résilier le contrat ?

1. Le contrat peut être résilié par l'un d'entre nous, dans les circonstances et les délais indiqués ci-dessous :

LES CIRCONSTANCES	LES DELAIS
Lors de chaque échéance annuelle.	La demande doit être expédiée au plus tard DEUX MOIS avant la date d'échéance annuelle.
Si vous changez de domicile, de situation ou de régime matrimonial, de profession et en cas de retraite professionnelle ou de cessation définitive d'activité professionnelle, lorsque le contrat a pour objet la garantie de risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle (art. L 113-16).	La demande doit être expédiée dans les trois mois suivant : pour vous : l'événement, pour nous : la date à laquelle nous en avons connaissance. La résiliation prend effet un mois après notification par l'autre partie.

2. Vous pouvez résilier le contrat dans les circonstances et dans les délais indiqués ci-dessous :

LES CIRCONSTANCES	LES DELAIS
En cas de diminution de risques, si nous ne réduisons pas votre cotisation en conséquence (art. L 113-4).	Voir le chapitre "Vos déclarations et obligations".
Si nous résilions un autre de vos contrats après sinistre (art. R 113-10).	Dans le mois suivant la notification de la résiliation du contrat sinistré. La résiliation prend effet un mois après l'envoi de votre demande.
En cas de modification du tarif d'assurance appliqué à votre contrat.	Voir le chapitre "Votre cotisation".

LA VIE DU CONTRAT

3. Nous pouvons résilier le contrat dans les circonstances et dans les délais indiqués ci-dessous :

LES CIRCONSTANCES	LES DELAIS
Si vous ne payez pas la cotisation (art. L 113-3).	Voir le chapitre "Votre cotisation".
En cas d'omission ou d'inexactitude dans la déclaration des risques à la souscription ou en cours de contrat (art. L 113-9).	Dix jours après l'envoi de notre lettre recommandée, si vous n'acceptez pas une augmentation de cotisation.
Après sinistre (art. R 113-10).	Un mois après l'envoi de notre lettre recommandée.
En cas d'aggravation des risques (art. L 113-4).	Voir le chapitre "Vos déclarations et obligations".

VOS DECLARATIONS ET OBLIGATIONS

Le contrat est établi d'après vos déclarations et la cotisation est fixée en conséquence.

Que devez-vous nous déclarer ?

1. A la souscription

Afin de nous permettre d'apprécier les risques que nous prenons en charge, vous devez répondre exactement à toutes les questions que nous vous posons, par lettre, questionnaire, proposition ou tout autre moyen, comme l'article L 113-2 du Code des assurances vous en fait l'obligation.

Vous devez notamment déclarer :

- Le nom, la qualification professionnelle et le salaire mensuel de chacun des membres de l'équipage du navire désigné aux Dispositions Particulières sur lesquels portent les garanties.
- Les caractéristiques du bateau et son utilisation,
- La qualité en laquelle vous agissez.
- Si vous avez été titulaire d'un contrat souscrit auprès d'un autre assureur couvrant les mêmes risques que ceux garantis par le présent contrat, qui aurait été résilié par le précédent assureur au cours des deux années qui ont précédé la date de souscription du présent contrat.

2. En cours de contrat

Dans les quinze jours où vous en avez eu connaissance, toute modification aux réponses fournies lors de la souscription du contrat. Vous devez notamment nous déclarer tout changement de profession ou tout nouvel exercice d'un sport ou d'une activité présentant des risques particuliers.

LA VIE DU CONTRAT

Qu'advient-il si ces modifications constituent :

- une aggravation de risques : nous pouvons soit résilier le contrat dix jours après notification, avec ristourne de la cotisation afférente à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, soit vous proposer un nouveau montant de cotisation. Dans ce dernier cas, si dans le délai de 30 jours à compter de notre proposition, vous n'y donnez pas suite ou la refusez expressément, nous pourrions à l'expiration de ce délai résilier le contrat.
- une diminution de risques : nous diminuerons la cotisation en conséquence ; à défaut, vous pouvez résilier le contrat moyennant préavis de 30 jours, et nous vous ristournons la portion de cotisation afférente à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru.

3. A la souscription ou en cours de contrat

Toute autre assurance couvrant des risques garantis par le présent contrat.

Toute réticence ou déclaration intentionnellement fausse, toute omission ou déclaration inexacte des circonstances du risque connues de vous, entraînent l'application des sanctions prévues, suivant le cas, aux articles L 113-8 (nullité du contrat) ou L 113-9 (réduction des indemnités) du Code des assurances.

Quelles formalités respecter lors de vos déclarations en cours de contrat ?

Dans tous les cas, la déclaration doit être faite soit par lettre recommandée, soit verbalement contre récépissé, au Siège ou chez le représentant de la Compagnie dont l'adresse figure aux Dispositions Particulières.

VOTRE COTISATION

Votre cotisation est fixée d'après vos déclarations et en fonction du montant total des rémunérations des membres de l'équipage

Qu'advient-il si nous modifions le tarif applicable à ce contrat ?

Si pour des raisons techniques, nous sommes amenés à majorer les tarifs applicables aux risques garantis par le présent contrat, la cotisation en sera modifiée dès la première échéance anniversaire suivant cette modification.

Nous vous en informerons par une mention en caractères très apparents figurant sur l'avis d'échéance ou la quittance.

Vous disposez alors d'un délai d'un mois, à compter de la date à laquelle vous en avez eu connaissance, pour résilier le contrat, la résiliation prenant effet un mois après l'envoi de votre demande.

Nous aurons droit dans ce cas à la portion de cotisation qui aurait été due, calculée sur les bases de l'ancien tarif, au prorata du temps écoulé entre la date de la dernière échéance et la date de prise d'effet de la résiliation.

A défaut de résiliation, nous considérerons que vous avez accepté la nouvelle cotisation.

LA VIE DU CONTRAT

Quand et où devez-vous payer la cotisation ?

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

Si vous ne payez pas la cotisation dans ce délai, nous pouvons, indépendamment de notre droit de vous poursuivre en justice, vous adresser une lettre recommandée valant mise en demeure à votre dernier domicile connu. Les garanties de votre contrat seront alors suspendues trente jours après l'envoi de cette lettre.

Nous avons le droit de résilier votre contrat dix jours après l'expiration du délai de trente jours précité, soit dans la lettre recommandée de mise en demeure, soit dans une nouvelle lettre recommandée (art. L 113-3 du Code des assurances).

Dans ce cas, nous sommes en droit de conserver, à titre de dommages et intérêts, la portion de cotisation correspondant à la période postérieure à la date d'effet de la résiliation.

Cette suspension et cette résiliation ne vous dispenseront pas du paiement de la cotisation dont vous êtes redevable, ni de celui des frais de mise en demeure et des intérêts moratoires au taux légal, dus à compter de la date d'expédition de la lettre de mise en demeure initiale.

Le paiement s'effectue au Siège ou au domicile du représentant de la Compagnie dont l'adresse figure aux Dispositions Particulières.

Prélèvement

Si vous avez opté pour le prélèvement des cotisations, nous attirons votre attention sur le fait que ce prélèvement cessera dès qu'une cotisation restera impayée. L'intégralité de la cotisation annuelle, déduction faite des fractions déjà payées, deviendra alors immédiatement exigible. En outre, le mode de paiement annuel sera alors prévu pour les cotisations ultérieures.

LE SINISTRE

VOS OBLIGATIONS

Dans quels délais devez-vous nous déclarer le sinistre ?

Tout événement susceptible d'engager notre garantie doit nous être déclaré dans un délai de 5 jours ouvrés à partir du moment où vous en avez eu connaissance. En cas de décès, ce délai est porté à 30 jours ouvrés en faveur du bénéficiaire.

La déclaration mentionnera :

- Les nom, prénom et domicile de la (des) personne(s) assurée(s);
- Le numéro du présent contrat ;
- La date de la première constatation médicale, en cas de maladie ;
- La date de l'accident et les noms et adresses des témoins s'il y a lieu ;
- La nature de l'accident ou de la maladie ayant atteint la personne assurée ;
- Les conséquences prévisibles de l'accident ou de la maladie ayant atteint la personne assurée.

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

Selon quelles modalités ?

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

Quels renseignements devez-vous également nous faire parvenir ?

Vous devez nous fournir :

1. Dans tous les cas

- Tous les renseignements sur le lieu, les causes et circonstances de l'accident
- Les noms et adresses des témoins, s'il y a lieu ;
- Tous les documents tels que : certificats médicaux, arrêts de travail, etc., nécessaires à l'évaluation du sinistre et au calcul des sommes que nous pourrions être amenés à verser ;
- Le nom du médecin traitant.

2. En cas de décès

- L'acte de décès, une fiche familiale d'état civil, un certificat médical précisant la cause du décès et, si besoin, l'origine de cette cause, une copie du rapport de police ou de gendarmerie.

3. En cas d'invalidité permanente, incapacité temporaire et/ou hospitalisation :

- Les certificats médicaux indiquant la nature des lésions ainsi que leur origine présumée.

LE SINISTRE

4. En cas de remboursement des frais de soins et traitement médicaux :

- prescriptions médicales, feuilles de soins, ordonnances, factures acquittées d'hospitalisation, d'analyse, de pharmacie et tous autres frais dont le remboursement est demandé.

Si vous ne respectez pas tout ou partie des obligations ci-dessus, sauf cas fortuit ou de force majeure, nous serons en droit de vous réclamer une indemnité égale au préjudice qui en sera résulté pour nous.

Toute production intentionnelle de renseignements ou documents faux ou incomplets entraîne la déchéance totale du droit à garantie.

REGLEMENT : DISPOSITIONS SPECIFIQUES A CERTAINES GARANTIES

1. Dispositions spécifiques "INCAPACITE TEMPORAIRE"

SUITES ET RECHUTES D'UN MEME ACCIDENT OU MALADIE

Si dans les trois mois qui suivent la fin d'une incapacité temporaire, l'assuré devait interrompre son activité à cause d'une nouvelle manifestation de la même maladie ou des conséquences du même accident, nous considérerions cette nouvelle incapacité temporaire comme la continuation de la première et nous n'appliquerions pas la franchise et la durée de cette nouvelle incapacité temporaire s'ajouterait à la précédente.

En revanche, si après un délai supérieur à 3 mois, la même maladie ou le même accident entraîne une incapacité temporaire, cette dernière serait considérée comme une nouvelle incapacité temporaire.

Bien évidemment, nous considérerions comme une nouvelle incapacité temporaire une deuxième incapacité due à une maladie autre que celle qui a entraîné la première ou un nouvel accident et ce quel que soit le délai qui sépare ces deux incapacités temporaires.

Dans les deux cas ci-dessus, nous appliquerions à nouveau la franchise.

2. Dispositions spécifiques "FRAIS MEDICAUX"

Notre remboursement est conditionné par la production des originaux :

- des factures et notes d'honoraires dont le remboursement est demandé, si l'assuré ne bénéficie pas, à titre personnel ou d'ayant-droit, d'un régime obligatoire de prévoyance ;
- des bordereaux de remboursement de son régime obligatoire dans le cas contraire.

LE SINISTRE

3. Dispositions spécifiques "DECES"

DISPARITION

Pour ouvrir droit à garantie, la disparition de l'assuré doit être judiciairement déclarée à la requête du Procureur de la République ou de toute personne intéressée.

DECES SUITE A UN ACCIDENT AYANT DONNE LIEU AU VERSEMENT D'UN CAPITAL INVALIDITE PERMANENTE

Si nous avons déjà effectué des versements au titre d'une garantie Invalidité Permanente et si le décès est consécutif au même accident, nous réglerons à (aux) l'ayant(s)-droit de la victime le capital garanti en cas de décès, diminué des indemnités "Invalidité Permanente" déjà versées à titre du même accident.

DECES SUITE A L'UTILISATION D'UNE MOTOCYCLETTE DE CYLINDREE SUPERIEURE A 125 CM³

Les indemnités seront réduites de moitié dans les cas où l'accident intervient à l'occasion de l'utilisation, comme pilote ou passager, d'une motocyclette de cylindrée supérieure ou égale à 125 cm³.

4. Dispositions spécifiques "INVALIDITE PERMANENTE"

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

VERSEMENT D'UN ACOMPTE

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

INVALIDITE PERMANENTE SUITE A L'UTILISATION D'UNE MOTOCYCLETTE DE CYLINDREE SUPERIEURE A 125 CM³

Les indemnités seront réduites de moitié dans les cas où l'accident intervient à l'occasion de l'utilisation, comme pilote ou passager, d'une motocyclette de cylindrée supérieure ou égale à 125 cm³.

REGLEMENT : DISPOSITIONS COMMUNES A TOUTES LES GARANTIES

Accidents et maladies antérieurs à la prise d'effet de la garantie

GARANTIES 'INDEMNITES JOURNALIERES'

Nous ne devons aucune indemnité journalière pour un accident ou une maladie ne résultant pas d'un fait "imprévu" mais relevant d'une situation déjà existante et connue au moment de la souscription du présent contrat :

- s'il a consulté un médecin, suivi un traitement, bénéficié d'une période d'incapacité temporaire ou été hospitalisé, pour un accident ou une maladie pendant les deux dernières années précédant la date d'effet du présent contrat, les suites, complications ou rechutes de cet accident ou maladie ne pourra donner lieu à aucune indemnisation pendant un délai de deux ans suivant la date d'effet du présent contrat ;
- au delà de ce délai de deux ans, notre garantie sera à nouveau complètement acquise à l'assuré.

LE SINISTRE

GARANTIES 'CAPITAL DECES – CAPITAL INVALIDITE PERMANENTE – FRAIS MEDICAUX'

Nous ne devons à l'assuré aucune indemnité pour tout accident survenu avant la date de prise d'effet de la garantie, y compris pour ses suites, mêmes situées après la date de prise d'effet de la garantie.

Examen et contrôle

Nous nous réservons le droit de faire examiner l'assuré, à nos frais, par un médecin de notre choix.

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

Expertise médicale

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

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

Dans l'opération d'expertise, nous supposons que la victime a suivi un traitement médical normal. S'il en était autrement, les conclusions seraient établies en fonction des conséquences qu'aurait eues l'accident ou la maladie sur une personne ayant suivi un traitement médical normal.

Quand paierons-nous l'indemnité ?

Nous nous engageons à régler les indemnités dues à l'assuré ou ayant(s)-droit dans les quinze jours qui suivent notre accord amiable ou une décision judiciaire exécutoire.

SUBROGATION

En vertu de l'article L 121-12 du Code des Assurances, nous sommes subrogés à concurrence de l'indemnité versée par nous, dans vos droits et actions, contre tous tiers responsables de l'accident.

Dans le cas où la subrogation ne pourrait plus, de votre fait, s'opérer en notre faveur, nous serons alors déchargés de nos obligations à votre égard dans la mesure où aurait pu s'exercer la subrogation.

LE SINISTRE

PRESCRIPTION

Toutes les actions concernant ce contrat qu'elles émanent de vous ou de nous, ne peuvent être exercées que pendant un délai de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance (Article L 114-1 du Code des Assurances).

Ce délai est porté à 10 ans en ce qui concerne la garantie " Décès".

La prescription peut être interrompue par :

- Désignation d'expert ;
- Envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par nous en ce qui concerne le paiement de la cotisation et par vous en ce qui concerne le règlement d'un sinistre ;
- Saisine d'un tribunal même en référé ;
- Toute autre cause ordinaire.

INFORMATION DE L'ASSURE

Examen des réclamations et procédure de médiation

Si le souscripteur a des réclamations à formuler au sujet du présent contrat, il doit s'adresser en priorité à son interlocuteur habituel.

Nous nous engageons à traiter sa réclamation le plus rapidement et le plus objectivement possible.

Toutefois, si notre désaccord devait persister, il a la possibilité de demander l'avis d'un médiateur.

Pour tout renseignement sur les conditions d'accès à ce médiateur ainsi que sur la procédure à suivre, il pourra nous écrire à l'adresse suivante :

GENERALI assurances IARD
Services Réclamation
7 boulevard Haussmann
75456 PARIS CEDEX 09

Autorité de contrôle

L'autorité chargée du contrôle de l'entreprise d'assurances qui accorde les garanties prévues par le présent contrat est la COMMISSION DE CONTROLE DES ASSURANCES - 54, rue de Châteaudun 75009 PARIS.

Droit d'accès aux informations enregistrées

Vous pourrez nous demander communication et rectification de toute information vous concernant qui figurerait sur tout fichier à usage de GENERALI assurances IARD, ses mandataires et ses réassureurs, et des organismes professionnels, en nous écrivant à l'adresse suivante :

GENERALI assurances IARD
7 boulevard Haussmann
75456 PARIS CEDEX 09.

BAREME D'INVALIDITE PERMANENTE

CONDITIONS D'APPLICATION DU BAREME D'INVALIDITE PERMANENTE

1. Nous déterminons le taux d'invalidité correspondant aux infirmités qui ne figurent pas ci-dessus en comparant leur gravité à celle des cas prévus, sans que l'activité professionnelle de la victime puisse intervenir.
2. Le taux définitif après un accident qui atteindrait un membre ou un organe déjà lésé sera égal à la différence entre le taux déterminé à partir du barème et de ses conditions d'application et le taux antérieur à l'accident.
3. S'il est médicalement établi que l'assuré est gaucher, le taux d'invalidité prévu pour le membre supérieur droit s'applique au membre supérieur gauche et inversement.
4. Si l'accident entraîne plusieurs infirmités, le taux d'invalidité utilisé pour le calcul de la somme que nous verserons sera calculé en appliquant aux taux du barème ci-dessus la méthode retenue par la Sécurité Sociale pour la détermination du taux d'invalidité en cas d'accident du travail.
5. L'invalidité fonctionnelle totale ou partielle d'un membre ou organe est assimilée à sa perte totale ou partielle.
6. L'application du barème ci-dessus suppose que la victime ait suivi un traitement médical normal. S'il en était autrement, le taux serait déterminé compte tenu des conséquences qu'aurait eu l'accident sur une personne ayant suivi un traitement médical normal.

BAREME

Les tableaux ci-après indiquent les taux d'invalidité à appliquer :

	Taux d'invalidité
TETE	
• Hémiplégie complète	100 %
• Brèche osseuse du crâne dans toute son épaisseur, surface supérieure à 12 cm ²	50 %
• Aliénation mentale incurable et totale	100 %
• Epilepsie post-traumatique :	
1 crise par jour	50 %
1 à 2 crises par mois	25 %
• Perte complète des yeux ou réduction de la vision des deux yeux à moins de 1/20 ^{ème}	100 %
• Perte totale d'un œil ou réduction de la vision d'un œil à moins de 1/20 ^{ème}	25 %
• Réduction de l'acuité visuelle d'un œil à :	
1/20 ^{ème}	20 %
1/10 ^{ème}	17 %
2/10 ^{ème}	13 %
3/10 ^{ème}	7 %
4/10 ^{ème}	4 %
En cas de séquelles d'accident aux deux yeux, le taux d'incapacité est calculé d'après ceux indiqués ci-dessus : il est égal au taux d'incapacité de l'œil dont l'acuité visuelle est la plus réduite, majoré de deux fois celui de l'autre œil. Il est bien entendu que l'acuité visuelle sera toujours prise avec correction optimale.	
• Surdité totale bilatérale non appareillable	30 %
• Surdité totale unilatérale non appareillable	5 %
• Syndromes post-commotionnels, suivant l'importance des troubles subjectifs	2 � 5 %
• Torticolis post-traumatique permanent	4 %

BAREME D'INVALIDITE PERMANENTE

INCAPACITE PORTANT SUR DEUX MEMBRES

- | | |
|--|-------|
| • Perte complète de l'usage des deux bras ou des deux mains | 100 % |
| • Perte complète de l'usage des deux jambes | 100 % |
| • Perte complète de l'usage d'un bras (ou d'une main) et d'une jambe | 100 % |

MEMBRES SUPERIEURS

- | | Droit | Gauche |
|---|-------|--------|
| • Perte complète du bras ou de la main | 100 % | 100 % |
| • Perte totale du mouvement de l'épaule ou du coude ou du poignet | 100 % | 100 % |
| • Perte totale du pouce et de l'index | 100 % | 100 % |
| • Perte totale de 3 doigts y compris le pouce ou l'index | 100 % | 100 % |
| • Perte totale de 3 doigts autres que le pouce ou l'index | 95 % | 80 % |
| • Perte totale du pouce et d'un doigt autre que l'index | 100 % | 100 % |
| • Perte totale de l'index et d'un doigt autre que le pouce | 100 % | 100 % |
| • Perte totale du pouce seul | 100 % | 100 % |
| • Perte totale de l'index seul | 100 % | 100 % |
| • Perte totale du médus seul | 50 % | 40 % |
| • Perte totale du médus seul et de l'annulaire ou auriculaire | 65 % | 55 % |
| • Perte totale de l'annulaire ou de l'auriculaire | 30 % | 20 % |
| • Perte totale de l'annulaire et de l'auriculaire | 45 % | 35 % |

MEMBRES INFERIEURS

- | | |
|--|------|
| • Perte complète d'un membre inférieur (amputation au tiers supérieur ou au-dessus) | 55 % |
| • Amputation de la jambe | 40 % |
| • Perte totale des mouvements de la hanche | 30 % |
| • Désarticulation du genou | 45 % |
| • Amputation sus-malléolaire d'un pied | 35 % |
| • Désarticulation tibio-tarsienne | 32 % |
| • Amputation partielle d'un pied, comprenant tous les orteils et métatarsiens | 20 % |
| • Raccourcissement d'un membre de 7 cm | 15 % |
| • Raccourcissement d'un membre de 5 cm | 10 % |
| • Raccourcissement d'un membre de 3 cm | 5 % |
| • Perte du gros orteil | 6 % |
| • Perte complète de tous les orteils | 10 % |
| • Ankylose complète du genou (en rectitude ou formant avec l'axe du membre un angle maximum de 45 °) | 20 % |
| • Ankylose complète du genou (en position défavorable, c'est-à-dire formant avec l'axe du membre un angle supérieur à 45°) | 30 % |
| • Ankylose complète de l'articulation tibio-tarsienne | 15 % |
| • Paralysie du tronc du nerf sciatique | 30 % |
| • Paralysie du nerf sciatique poplité externe | 20 % |
| • Paralysie du nerf sciatique poplité interne | 15 % |

BAREME D'INVALIDITE PERMANENTE

RACHIS THORAX

• Paraplégie complète	100 %
• Tétraplégie complète	100 %
• Fracture de la colonne vertébrale cervicale (sans lésion de la moelle épinière)	10 %
• Fracture de la colonne vertébrale dorsale ou lombaire avec contracture et gêne importante (sans lésion de la moelle épinière)	20 %
• Tassement radiologique simple avec gêne moyenne	10 %
• Lumbago post-traumatique	4 %
• Fracture de la clavicule avec séquelles nettes :	
Droite	4 %
Gauche	2 %
• Fracture multiple des côtes avec séquelles importantes	1 %

ANNEXE : TABLEAU DES GARANTIES DES FRAIS DE SANTE ET RAPATRIEMENT

Le contrat garantit le remboursement des frais médicaux et chirurgicaux dans les conditions et limites fixées dans le tableau ci-dessous.

	frais exposés à l'étranger	frais exposés en France
hospitalisation médicale et chirurgicale * (hospitalisation continue limitée à 6 mois à l'étranger)		
frais de séjours	100% des frais réels (dans la limite de l'habituel et du raisonnable)	100 % des frais réels
chambre particulière en France	-	80 % en secteur non conventionné 50 euros / jour
actes courants		
consultation, visite et spécialistes	100 % des frais réels limité à 60 euros par acte	100 % des frais réels
autres soins courants radiologie, analyses, auxiliaires médicaux, actes de petite chirurgie, transport du malade IRM (imagerie par résonance magnétique)	100 % des frais réels limité à 70 euros par acte limité à 140 euros par acte	100 % des frais réels
pharmacie	90 % des frais réels	100 % des frais réels
dentaire		
soins dentaires	100 % des frais réels dans la limite de 1000 E / an /bénéficiaire	100 % des frais réels
prothèses dentaires (délai d'attente de 9 mois)	100 % des frais réels dans la limite de 1500 E / an /bénéficiaire	100 % des frais réels
optique (verres, monture, lentilles) (délai d'attente de 6 mois)	100 % des frais réels dans la limite de 500 E / an /bénéficiaire	100 % des frais réels
orthopédie et prothèses	100 % des frais réels dans la limite de 1000 E / an /bénéficiaire	100 % des frais réels
frais d'accouchement (délai d'attente de 9 mois)	100 % des frais réels dans la limite de 1500 E par grossesse	100 % des frais réels

* les hospitalisations aux USA et au Canada sont limitées à 80 % des frais réels

Garantie « Frais de rapatriement » :

- En cas d'accident ou de maladie : rapatriement médical ou transport sanitaire vers le centre hospitalier le plus adapté ou vers le pays d'origine.
- En cas de décès, rapatriement du corps jusqu'au lieu d'obsèques du pays d'origine.

Cette garantie est limitée à **5 000 euros** par assuré.

LEXIQUE

A

ACCIDENT

Résultat d'une action soudaine provenant d'une cause extérieure et entraînant un préjudice corporel.

Cette définition est très large puisque nous considérons comme accident - et cette liste n'est pas limitative - les chutes, les chocs, traumatismes, fractures, insolation, engelures, déchirures ou ruptures musculaires ou tendineuses, les lumbagos et tours de reins, les hydrocutions, les asphyxies, les électrocutions, les empoisonnements.

En revanche, ne sont pas considérées comme accident toutes formes de hernies, y compris les hernies discales, quelle qu'en soit l'origine.

ASSURE

La personne physique sur la tête de laquelle repose la garantie et nominativement désignée aux Dispositions Particulières.

AYANT-DROIT

Personne qui a acquis d'une autre un droit (héritier).

B

BENEFICIAIRE

La ou les personnes désignées sous ce terme aux Dispositions Particulières, ou à défaut de désignation, les ayants droit de l'assuré.

BATEAU DE PLAISANCE

Tout bateau utilisé à des fins de loisirs.

C

CONSOLIDATION (date de)

Date à partir de laquelle les suites de votre accident sont stabilisées. Cette date est fixée conformément aux dispositions prévues au paragraphe "L'Expertise" du chapitre "LE SINISTRE".

D

DECHEANCE

Perte de votre droit à indemnité.

E

ECHEANCE PRINCIPALE

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

LEXIQUE

F

FRANCHISE

Période pendant laquelle nous n'intervenons pas.

H

HOSPITALISATION

Séjour en qualité de patient, d'une durée minimum de 24 heures, en clinique ou hôpital prescrit par un médecin pour y recevoir des soins nécessités par une maladie ou un accident.

M

MALADIE

Toute altération pathologique de la santé constatée par une autorité médicale compétente et n'ayant pas pour origine un accident.

N

NOUS

Désigne l'assureur GENERALI FRANCE ASSURANCES ou son représentant

S

SOUSCRIPTEUR

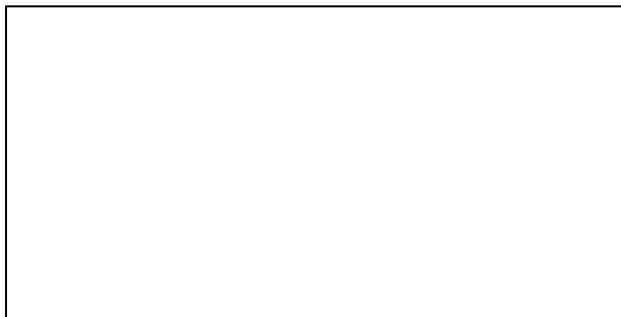
L'armateur du bateau qui souscrit le contrat pour le compte des membres de son équipage. Il est responsable de la déclaration du risque et des obligations définies au contrat

V

VOUS

Désigne le souscripteur

www.gfa.generalif.fr



PP2C22b – Mars 2006-