



Filiassur Accident de la vie

Notice d'information du contrat
FR_FIL_GAV_0721_03

Filiassur Accident de la vie

Notice d'information du contrat FR_FIL_GAV_0721_03

Contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative n° FR_FIL_GAV_0721_03 à effet du 1er juillet 2021 (ci-après désigné "Contrat") souscrit par l'Association APSE (ci-après dénommée "Association" ou "Souscripteur") pour le compte de ses adhérents, auprès de IptIQ (ci-après dénommé "Assureur"), par l'intermédiaire de FILIASSUR et de ses filiales (pour plus de détails, vous pouvez vous référer à la fiche d'information et de conseil). Les droits et obligations de l'adhérent peuvent être modifiés par des avenants au contrat conclus entre IptIQ et l'association APSE. L'adhérent est préalablement informé de ces modifications.

APSE : Association pour la Prévoyance, la Santé et l'Environnement, Association à but non lucratif régie par la loi du 1er juillet 1901 ayant son siège social 3 rue de Téhéran 75008 PARIS.

IptIQ : IptIQ Life S.A, société anonyme de droit luxembourgeois dont le siège social est sis 2, rue Edward Steinchen L-2540 Luxembourg, Grand Duché du Luxembourg, enregistrée auprès du Registre de commerce et des Sociétés de Luxembourg sous le numéro RCS B-184281, agissant en France à travers sa succursale dont le siège est situé 11-15 rue Saint Georges, 75009 Paris et dont le numéro unique d'identification est le 834 111 734 RCS Paris, ci-après dénommé « IptIQ » et agissant en qualité d'assureur soumise au contrôle du Commissariat aux Assurances 7, boulevard Joseph II, L - 1840 Luxembourg GD de Luxembourg

FILIASSUR – SAS au capital de 37 500 € ayant son siège social 5 rue de Turbigio 75001 PARIS, immatriculée au RCS de Paris sous le n° 498 850 445, société intervenant en tant que courtier, distributeur et gestionnaire, immatriculée auprès de l'ORIAS sous le n° 07 031 054 (vérifiable sur le site internet de l'ORIAS www.orias.fr), soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudential et de Résolution sise 4, place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS CEDEX 09.

Accident : Evènement soudain, imprévu et extérieur à l'Assuré et constituant le fait générateur des dommages subis par celui-ci. Sont considérés notamment comme accident : l'électrocution, l'hydrocution, la noyade, ou l'asphyxie survenant à la suite d'un évènement fortuit, l'empoisonnement, l'intoxication due à l'absorption par erreur de substances vénéneuses ou corrosives ou d'aliments avariés. Les lésions internes, telles que les hémorragies internes, sont assimilées à des atteintes corporelles garanties à la condition qu'elles résultent d'un choc imprévu indépendant de la volonté de l'Assuré et provoqué par un agent extérieur à l'Assuré. Un accident vasculaire n'est pas considéré comme un accident.

L'accident constitue le fait générateur des dommages corporels subis par l'Assuré.

Accident médical : Atteinte corporelle survenue à l'occasion d'actes chirurgicaux, de prévention, de diagnostic, d'exploration ou de traitements pratiqués par :

- des médecins et auxiliaires médicaux visés au Livre IV de la Première Partie du Code de la Santé Publique, ou

- des praticiens autorisés à exercer par la législation ou la réglementation du pays dans lequel a lieu l'acte, lorsque cet acte est assimilable à ceux référencés par la Sécurité Sociale française, et qui a des conséquences dommageables pour la santé de l'Assuré, anormales et indépendantes de son état antérieur et de l'évolution de l'affection en cause.

L'acte médical constitue le fait générateur des dommages corporels subis par l'Assuré.

Actes de la vie quotidienne :

Se laver : capacité de satisfaire à un niveau d'hygiène corporelle conforme aux normes usuelles c'est-à-dire faire la toilette simple du haut et du bas du corps.

Si, en dépit des possibilités d'adaptation des sanitaires (lavabo, douche ou baignoire), l'Assuré dépend entièrement de l'Assistance d'une Tierce personne pour se laver tant le haut que le bas du corps, il sera reconnu dans l'impossibilité d'effectuer l'acte de se laver.

S'habiller : capacité de s'habiller et de se déshabiller, avec recours éventuel à des vêtements adaptés.

Si l'Assuré dépend entièrement de l'assistance d'une Tierce personne pour mettre ou enlever les vêtements qu'il porte habituellement, le cas échéant adaptés à son handicap, il sera reconnu dans l'impossibilité d'effectuer l'acte de s'habiller.

Si l'Assuré a besoin d'aide uniquement pour enfiler ou enlever ses bas, chaussettes ou chaussures, ou encore pour attacher ou détacher ses vêtements, il n'est pas considéré dans l'incapacité totale de s'habiller.

Se déplacer : capacité de se déplacer à l'intérieur de son lieu de résidence.

Si, en dépit du recours à des appareils auxiliaires (cannes, béquilles, déambulateur, fauteuil roulant... ou appareillages orthopédiques spécialisés), l'Assuré dépend entièrement de l'assistance d'une Tierce personne pour se déplacer à l'intérieur de son logement sur une surface plane, il sera reconnu dans l'impossibilité d'effectuer l'acte de se déplacer.

S'alimenter : capacité de se servir et de manger de la nourriture préparée.

Si l'Assuré dépend entièrement de l'Assistance d'une Tierce personne pour porter à la bouche les aliments et la boisson préalablement préparés et servis il sera reconnu dans l'impossibilité d'effectuer l'acte de s'alimenter.

Si l'Assuré a besoin d'aide uniquement pour couper la nourriture ou se servir, il n'est pas considéré dans l'incapacité totale de s'alimenter.

Adhérent : La personne physique, âgée de 18 à 74 ans, résidant en France métropolitaine, membre adhérent de l'Association, ayant demandé à adhérer au Contrat.

Assuré : Selon la formule indiquée sur le certificat d'adhésion :

- « Individuel » : l'adhérent, qu'il soit célibataire, veuf, divorcé ou séparé de corps ou de fait ;

- « Couple » : l'adhérent, son conjoint non séparé de corps ou de fait, ou la personne vivant maritalement avec l'adhérent, ou son partenaire dans le cadre du Pacte Civil de Solidarité (PACS). L'adhérent et son conjoint doivent être âgés de 18 à 74 ans au moment de l'adhésion ;

- « Famille » : l'adhérent, son conjoint non séparé de corps ou de fait, ou la personne vivant maritalement avec l'adhérent, ou son partenaire dans le cadre du Pacte Civil de Solidarité (PACS), et, s'ils sont fiscalement à charge, ses enfants légitimes, naturels ou adoptifs, ceux de son conjoint, ceux de la personne vivant maritalement avec l'adhérent, les enfants bénéficiant d'une aide financière mise à la charge de l'adhérent par décision de justice (suite à divorce). L'adhérent et son conjoint doivent être âgés de 18 à 74 ans au moment de l'adhésion. Les enfants doivent être âgés de moins de 25 ans au moment de l'adhésion.

Toutes ces personnes (à l'exception des enfants fiscalement à charge effectuant des études) doivent avoir leur résidence principale en France métropolitaine.

Barème indicatif des taux d'incapacité en droit commun publié par le Concours Médical : Barème auquel se réfèrent les médecins-experts pour établir le taux d'incapacité permanente dont est atteinte la victime d'un accident, indépendamment de toute répercussion professionnelle.

Bénéficiaire en cas de décès : Toute personne physique justifiant avoir subi un préjudice moral ou économique direct du fait du décès de l'Assuré, à l'exception des personnes ayant causé volontairement les dommages à celui-ci.

Consolidation : Stabilisation des lésions en un état qu'aucun traitement n'est plus susceptible de faire évoluer. La date de consolidation est la date à laquelle les lésions ont pris un caractère permanent tel qu'un traitement n'est plus nécessaire, si ce n'est pour éviter une aggravation, et qu'il devient possible d'apprécier un taux d'incapacité permanente dû à l'accident.

Dommage corporel : Toute atteinte à l'intégrité physique d'une personne résultant d'un accident et entraînant des lésions corporelles et/ou le décès de la personne.

Droit commun français : Règles applicables en France pour l'évaluation des préjudices corporels selon le principe indemnitaire qui prend en compte la situation personnelle de l'Assuré et/ou du bénéficiaire (sexe, âge, activité professionnelle, revenus, situation familiale, personnes à charge...) et se réfère aux indemnités habituellement allouées aux victimes par les tribunaux français.

Frais d'aménagement du domicile et/ou du véhicule : Frais liés à l'incapacité permanente de la victime assurée dont l'état nécessite un aménagement de son domicile et/ou de son véhicule.

Evènement garantis : L'un des évènements définis au paragraphe Evènement garantis.

Frais d'assistance d'une tierce personne : Frais liés à l'incapacité permanente de la victime assurée se trouvant, en raison de la perte de son autonomie, dans l'obligation de faire appel à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes essentiels de la vie courante.

Incapacité permanente : Réduction permanente et définitive des capacités physiques, psycho-sensorielles et/ou intellectuelles appréciée médicalement à la date de consolidation en comparant l'état de la victime subsistant après l'Accident à son état de santé antérieur à l'Accident.

Maladie : Toute altération de la santé entraînant une modification de l'état général et pouvant être constatée par une autorité médicale.

Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) : Inaptitude totale à tout travail à la suite d'un évènement garanti rendant l'Assuré définitivement incapable de se livrer à une activité, même de surveillance ou de direction, susceptible de lui procurer gain ou profit, et l'obligeant en outre à avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer au moins trois des quatre actes essentiels de la vie courante (se laver, s'habiller, se nourrir, se déplacer).

Préjudice d'agrément : Impossibilité ou difficulté définitive à poursuivre de manière aussi régulière et soutenue qu'avant l'accident, les activités sportives, artistiques, culturelles ou de loisirs pratiqués antérieurement.

Préjudice économique : En cas de décès, les conséquences pécuniaires du décès de l'Assuré pour les bénéficiaires, telles que les dépenses exposées en raison de ce décès et les conséquences de la perte de revenus du défunt sur les ayants droit. En cas d'incapacité permanente : pertes de revenus subies, à compter de la date de consolidation de l'incapacité permanente, par l'Assuré lui-même.

Préjudice esthétique : Disgrâces physiques consécutives à l'accident et subsistant définitivement après la consolidation des lésions.

Préjudice moral : Souffrances affectives ressenties par le ou les bénéficiaires en raison du décès de l'Assuré.

Préjudices personnels : Les souffrances endurées jusqu'à la date de consolidation des blessures, ainsi que le préjudice esthétique et le préjudice d'agrément subsistant à partir de cette date.

Souffrances endurées (pretium doloris) : Douleurs physiques, psychiques ou morales subies du fait de l'accident et jusqu'à la date de consolidation des blessures.

Vie privée : Ensemble des activités domestiques, touristiques, scolaires, de loisirs ou sportives. Ne sont pas considérées comme activités de la vie privée, les activités professionnelles ou rémunérées, les activités exercées dans le cadre de fonctions publiques, électives et syndicales.

Objet du contrat et principe d'indemnisation : L'objet du contrat est d'indemniser, dans les conditions précisées ci-dessous, les préjudices relatifs aux dommages corporels résultant d'un événement garanti survenu dans le cadre de la vie privée de l'Assuré et entraînant : une incapacité permanente de l'Assuré, directement imputable à l'événement garanti, avec un taux d'incapacité reconnu par l'Assureur au moins égal à 20 % ou le décès de l'Assuré directement imputable à un événement garanti, survenant immédiatement ou dans un délai d'un an suivant la survenance de l'événement garanti.

La garantie revêt un caractère indemnitaire conforme aux règles du **droit commun français**. Elle vise à réparer les préjudices réellement subis du fait de l'événement garanti, y compris les conséquences de celui-ci sur la vie professionnelle de l'Assuré victime. Les indemnités versées en cas d'incapacité permanente de l'Assuré ne se cumulent ni avec les indemnités dues au(x) bénéficiaire(s) en cas de PTIA de l'assuré ni avec les indemnités en cas de décès dudit Assuré directement imputable à un événement garanti.

Les préjudices indemnisables :

En cas d'accident entraînant une incapacité permanente de l'Assuré au moins égale à 20%

A la suite d'un événement garanti, lorsque le taux d'incapacité permanente directement imputable à l'événement garanti atteint ou dépasse 20%, le présent contrat prévoit une indemnisation au titre des préjudices médicalement justifiés :

- **Préjudice économique**
- **Frais d'assistance d'une tierce personne**
- **Frais d'aménagement du domicile et/ou du véhicule**
- **Préjudices personnels : souffrances endurées, préjudice esthétique, préjudice d'agrément.**

L'indemnité est versée à l'Assuré victime ou, s'il s'agit d'un enfant mineur, à ses représentants légaux sur un compte bloqué au nom de l'enfant.

En cas d'accident entraînant le décès de l'Assuré

En cas de décès de l'Assuré directement imputable à un événement garanti dans le délai d'un an à compter de sa survenance, le présent contrat prévoit le versement au(x) bénéficiaire(s) en cas de décès d'une indemnité au titre :

- du préjudice économique, y compris les frais funéraires
- du préjudice moral

Cette indemnité sera augmentée d'un capital forfaitaire unique de 10 000 € à répartir entre le(s) bénéficiaire(s) en cas de décès.

Les bénéficiaires qui ont intentionnellement provoqué l'accident sont exclus du bénéfice de la garantie.

Les indemnités accordées au titre des différents préjudices sont calculées selon le principe indemnitaire par référence au droit commun français.

En cas d'accident entraînant la PTIA de l'Assuré

A la suite d'un événement garanti, lorsque l'Assuré est reconnu par l'Assureur en Perte Totale et Irréversible d'Autonomie directement imputable à l'événement garanti, le présent contrat prévoit le versement à l'Assuré d'un capital forfaitaire de 10 000 €.

Les limites de garanties :

Pour un même événement garanti, le cumul des indemnités versées ne peut excéder, tous postes de préjudices confondus, 1 million d'euros par victime.

Les frais d'aménagement du domicile et du véhicule médicalement nécessaires sont pris en charge à concurrence d'un plafond de 100 000€, par assuré et par

événement garanti.

Les frais funéraires sont remboursés à concurrence d'un plafond de 5 000€ par assuré décédé.

Les événements garantis :

Sous réserve que l'**accident** (fait générateur) se soit produit et ses conséquences (**dommages corporels**) se soient réalisées entre la prise d'effet de la garantie et la date de résiliation du contrat ou la date à laquelle la victime cesse de plein droit d'avoir qualité d'Assuré, le présent contrat couvre les événements suivants :

• **Les accidents de la vie privée**

Il s'agit des **accidents** survenus à l'occasion d'activités domestiques, touristiques, scolaires, de loisirs ou sportives.

Tous les sports pratiqués en qualité d'amateur non rémunéré, à titre personnel ou dans un club (avec délivrance d'une licence sportive), de façon régulière ou occasionnelle, sont couverts par le contrat.

• **Les accidents subis lors d'événements exceptionnels**

Ces événements exceptionnels sont les catastrophes naturelles ou technologiques, les émeutes et mouvements populaires dès lors que l'Assuré n'y prend pas une part active.

• **Les accidents dus à des attentats, actes de terrorisme, infractions et agressions**
Ces accidents sont garantis lorsque leur cause peut constituer un délit ou un crime au sens du Code pénal français, dont l'Assuré a été victime et auquel il n'a pris intentionnellement aucune part (article 706-3 et suivants du Code de Procédure pénale).

• **Les accidents médicaux**

L'**accident médical** ayant des conséquences dommageables pour la santé de l'Assuré, anormales et indépendantes de l'évolution de l'affection en cause et de l'état antérieur de santé de l'Assuré.

Les infections nosocomiales (toute maladie provoquée par des microorganismes contractés dans un établissement de soins) sont considérées comme des accidents médicaux garantis.

Le contrat couvre les dommages dont la première manifestation est intervenue entre le jour de prise d'effet du contrat et sa résiliation, pour tout accident médical dont le fait générateur est postérieur au 1er janvier 2000.

Par dérogation aux exclusions des Accidents résultant de l'utilisation en tant que conducteur ou en tant que passager d'un véhicule terrestre à moteur telle qu'elle figure au paragraphe « exclusions », est garanti :

- L'Assuré conduisant un véhicule à quatre roues qui a été loué pour une durée inférieure à trois mois ;
- L'Assuré victime d'un Accident de la circulation dans lequel son propre véhicule terrestre à moteur est impliqué, alors qu'il n'avait pas la qualité de conducteur dudit véhicule moment des faits.

L'étendue territoriale de la garantie :

La garantie s'exerce :

- Pendant la période de validité du contrat : en France métropolitaine, dans les départements et territoires d'Outre-mer, dans les principautés d'Andorre et de Monaco, dans les pays membres de l'Union Européenne, en Suisse, en Islande, au Liechtenstein, à Chypre, à Malte, à San Marin, au Vatican et en Norvège.
- Lors de voyages et de séjours n'excédant pas une durée continue de trois mois dans le monde entier, à condition que la constatation et l'estimation du **taux d'incapacité permanente** soient effectuées en France.

Sont exclus les dommages corporels :

- Intentionnellement causés ou provoqués par l'assuré ou avec sa complicité,
- Consécutifs à un pari, à une tentative de record,
- Résultant de la participation volontaire de l'assuré à un crime, un délit, à des actes de vandalisme, à des agressions, émeutes, attentats, actes de terrorisme, à des mouvements populaires non autorisés par la préfecture ou à une rixe sauf cas de légitime défense ou d'assistance à personne en danger,
- Subis à l'occasion de l'exercice d'activités professionnelles, d'activités rémunérées ou d'activités exercées dans le cadre de fonctions publiques, électives ou syndicales, y compris les accidents de trajets définis par le code de la sécurité sociale,
- Causés par des maladies n'ayant pas pour origine un accident garanti,
- Résultant de l'état de santé de l'assuré notamment suite à des affections cardio-vasculaires ou vasculaires cérébrales, des affections tendineuses et musculaires, des affections disco-vertébrales et rhumatismales, des hernies

de la paroi abdominale,

- Résultant de l'usage de stupéfiants non prescrits médicalement ou d'un taux d'alcoolémie supérieur ou égal au taux fixé par les pouvoirs publics et en vigueur au jour de l'accident,
- Résultant de la conduite par l'assuré d'un véhicule terrestre à moteur nécessitant ou pas un permis de conduire valide,
- Subis par l'assuré en tant que passager d'un véhicule terrestre à moteur à deux, trois ou quatre roues,
- Résultant de la pratique rémunérée de sports ou de la pratique de sports à titre professionnel,
- Résultant d'expérimentations biomédicales,
- Occasionnés par une guerre civile ou étrangère,
- Dus aux effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de transmutations de noyaux d'atomes ou de la radioactivité, ou de radiations provoquées par l'accélération artificielle de particules.

Vos obligations :

Que faire en cas de sinistre ?

L'adhérent, ou le bénéficiaire, doit :

- informer l'Assureur de la survenance de l'événement garanti dans les 5 jours ouvrés suivant l'accident.

En cas de décès de l'Assuré, ce délai est porté à 30 jours ouvrés en faveur du ou des bénéficiaire(s).

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

- déclarer dans les 10 jours à l'Assureur les autres assurances à caractère indemnitaire qui peuvent permettre l'indemnisation de tout ou partie des préjudices imputables au sinistre déclaré. Dans ce cas, les **règles de non-cumul** des prestations décrites ci-dessous s'appliquent.

- transmettre à l'Assureur dès réception tous avis, correspondances ou actes judiciaires se rapportant au sinistre.

Quels renseignements doivent parvenir à l'Assureur ?

La déclaration du sinistre peut se faire soit par écrit (de préférence par lettre recommandée adressée à Filiassur en sa qualité de gestionnaire mandaté par l'Assureur), soit verbalement contre récépissé.

L'envoi doit se faire à l'adresse suivante :

FILIASUR - BP 71013 - 76061 LE HAVRE CEDEX

L'assuré, ou le bénéficiaire, doit renseigner l'Assureur sur :

- le lieu, les causes et circonstances de l'accident
- les conséquences connues ou supposées
- les noms et adresses des témoins, s'il y a lieu et fournir :

- tous les documents, tels que certificats médicaux nécessaires à l'évaluation des dommages corporels et au calcul des indemnités que l'Assureur pourra être amené à verser.

En cas de décès, l'acte de décès, une fiche familiale d'état civil, et, si besoin, un certificat médical précisant la nature du décès et le cas échéant, les circonstances.

Tout manquement à ces obligations, sauf cas fortuit ou de force majeure, exposerait à la réduction du droit à indemnité, proportionnée au préjudice que ce manquement aurait causé à l'Assureur.

Toute réticence ou déclaration intentionnellement fautive de la part de l'assuré ou de celle de ses ayants droit, de même que la production frauduleuse de documents inexacts ou mensongers sur la date, la nature, les causes, les circonstances ou les conséquences du sinistre entraîneraient la déchéance de tout droit à indemnité pour le sinistre en cause et le remboursement des sommes que l'Assureur aurait déjà versées.

Comment sont évalués les préjudices ?

L'expertise médicale

En cas d'**incapacité permanente** directement imputable à un événement garanti :

- Le taux d'incapacité permanente subsistant après la **consolidation** des blessures est fixé par un médecin expert diplômé en réparation des **dommages corporels** désigné par l'Assureur.

Cette évaluation médicale est faite sur la base du « **barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun** » **publié par le Concours Médical**, dernière édition parue à la date de l'expertise.

- Le médecin expert détermine si l'Assuré a besoin de l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes essentiels de la vie courante. Il en fixe la durée et

la nature.

- Le médecin expert donne un avis médical motivé sur les besoins de l'Assuré en matière d'aménagement de son domicile et/ou de son véhicule.
 - Le médecin expert qualifie les **souffrances endurées** jusqu'à la **consolidation** des blessures et, après celle-ci, le préjudice esthétique.
 - Il donne un avis médical motivé sur les éléments relatifs aux troubles fonctionnels constitutifs du **préjudice d'agrément**, s'il est établi qu'une activité culturelle ou sportive dont la pratique n'est plus possible du fait de l'accident, était exercée avant celui-ci de façon régulière et soutenue par l'Assuré.
- Lors de l'expertise médicale, l'Assuré peut se faire assister par un médecin de son choix dont les frais et honoraires resteront à sa charge exclusive.
- Le médecin expert doit adresser à l'Assuré un double du rapport de l'expertise médicale dans les vingt jours suivant l'examen. En cas de désaccord sur les conclusions médicales, il est convenu qu'avant tout recours à la voie judiciaire, il sera procédé à une expertise amiable dans les conditions suivantes :
- Chacune des parties choisit son propre expert : si les deux experts ne sont pas d'accord entre eux, ils s'en adjoignent un troisième ; les trois experts opèrent alors en commun et à la majorité des voix.
 - Si les deux experts ne s'entendent pas sur le choix du troisième, la désignation de celui-ci est faite par le Président du Tribunal de Grande Instance du lieu du domicile de l'Assuré, sur simple requête signée des deux parties ou d'une seulement, l'autre ayant été convoquée par lettre recommandée.
 - Chacune des parties supportera la totalité des frais et honoraires de son expert et la moitié de ceux du troisième expert.

La détermination des indemnités :

1) En cas d'incapacité permanente directement imputable à l'accident et présentant un taux au moins égal à 20 % :

- Les indemnités accordées sont calculées par l'Assureur par référence au droit commun français
- L'indemnisation du préjudice économique prend en compte le taux d'incapacité permanente déterminé par expertise médicale, ainsi que les répercussions de l'accident sur la vie professionnelle de l'assuré et la perte de revenu qu'elle entraîne. Sur justification médicale, cette estimation prend également en considération l'ensemble des frais rendus nécessaires par la situation particulière de l'assuré, tels que :
 - travaux d'aménagement du domicile et/ou du véhicule
 - honoraires d'un psychologue
 - assistance d'une tierce personne et/ou
 - abonnement à un service de téléassistance
- Aggravation de l'état de l'Assuré :
 - L'évolution de l'état de l'Assuré, en relation directe et certaine avec le sinistre indemnisé, de nature à modifier les conclusions médicales initiales, ouvre droit à un complément d'indemnisation.

Le cumul des indemnités successives ne peut pas dépasser le plafond de garantie (1 million d'euros par victime).

Prise d'effet de l'adhésion :

L'adhésion prend effet à partir de la date mentionnée sur le certificat d'adhésion, sous réserve du paiement de la première cotisation, sauf si cette dernière cotisation est offerte.

Le certificat d'adhésion, transmis par Filiassur à l'Adhérent, est accompagné de la présente notice d'information et d'un mandat de prélèvement SEPA à retourner signé par l'Adhérent à Filiassur.

Prise d'effet des garanties :

Les garanties prennent effet en même temps que la date d'effet de l'adhésion.

Durée de l'adhésion :

L'adhésion au contrat dure un an et se renouvelle d'année en année par tacite reconduction à chaque échéance anniversaire, sauf en cas de résiliation de l'adhésion (cf. article ci-après). En cas de dénonciation du contrat d'assurance de groupe par l'association, les garanties demeurent acquises à l'Assuré d'année en année, sauf en cas de résiliation de l'adhésion (cf. article ci-après). Dans tous les cas, les garanties du Contrat prennent fin pour les enfants assurés à leur 25^{ème} anniversaire.

Déclarations :

Le contrat repose sur l'exactitude des déclarations de l'adhérent. En conséquence celui-ci doit répondre aux questions posées au moment de l'adhésion puis informer l'Assureur de toute modification à ces déclarations en cours de contrat. Conformément à l'article L 113-8 du Code des Assurances, l'adhésion est nulle en cas

Cotisations :

Le montant de la cotisation due au titre de la présente adhésion est celui figurant sur le certificat d'adhésion au Contrat. Il peut être modifié à chaque échéance annuelle de l'adhésion ou par avenant conclu entre l'Assureur et l'association APSE dans les conditions figurant à l'article « La modification du contrat collectif ».

La cotisation annuelle est payable par chèque ou prélèvement automatique. En cas

Résiliation de l'adhésion au contrat :

L'adhésion au Contrat peut être résiliée dans les cas suivants :

- Par l'adhérent :
 - Lors de chaque renouvellement annuel sous réserve d'en effectuer la demande au moins 2 mois avant la date anniversaire de l'adhésion, par lettre recommandée adressée, en sa qualité de gestionnaire, à FILIASSUR – BP 71013 – 76061 LE HAVRE CEDEX.
- Par l'assureur :
 - en cas de non-paiement de la cotisation (L.141-3 du code des Assurances) ;
 - le jour du décès de l'Adhérent ;
 - dans tous les autres cas prévus par le Code des Assurances.

Radiation - conséquences

La démission, la résiliation et l'exclusion entraîneront la radiation de l'adhérent et de ses ayants droit inscrits.

La résiliation donne droit au remboursement des cotisations versées au prorata de la période d'assurance non garantie sauf stipulations contraires prévues à la présente notice d'Information.

La résiliation met un terme à l'ensemble des garanties.

2) En cas de décès de l'Assuré :

Les éventuels **préjudices économiques** et **préjudice moral** subis par le(s) bénéficiaire(s) sont évalués par l'Assureur selon la pratique du **droit commun français**.

Les frais funéraires pris en charge sont ceux réellement déboursés pour les obsèques de l'Assuré décédé, dans la limite des montants précisés dans la **limite de garanties**.

Lorsque, postérieurement au versement de l'indemnité due au titre de la garantie incapacité permanente, l'Assuré décède des suites du même accident dans un délai d'un an, les indemnités dues au titre de la garantie décès ne sont versées qu'à déduction faite des sommes déjà réglées par l'Assureur au titre de la garantie **incapacité permanente**. Si ces indemnités sont supérieures à celles qui auraient été dues au titre du décès, elles restent acquises au(x) bénéficiaire(s).

3) Règles de non cumul des prestations

Nous indemnisons toujours sous déduction des prestations versées par les organismes sociaux ou les tiers payeurs désignés aux articles 29, 30, 31, 32 et 33 de la loi n° 85-677 du 5 juillet 1985.

Les indemnités ne se cumulent pas avec les prestations de caractère indemnitaires perçues ou à percevoir par l'Assuré ou les bénéficiaires, d'un tiers responsable et/ou de son assureur, d'un organisme ou tiers payeur visé par les articles 29, 30, 31 32 et 33 de la loi n° 85-677 du 5 juillet 1985 au titre des mêmes chefs de préjudices.

L'Assuré s'engage à porter à la connaissance de l'Assureur ces prestations dès qu'elles sont notifiées par l'organisme débiteur et qu'elles ont été acceptées par l'Assuré. Elles viennent en déduction de l'indemnité due et l'Assureur verse un complément s'il y a lieu.

Quand et comment est payée l'indemnité ?

Lorsque la garantie est due, l'offre définitive d'indemnisation doit intervenir dans un délai de trois mois suivant la date à laquelle l'Assureur a statué sur la **consolidation de l'incapacité permanente** ou a été informé du décès de l'Assuré, à condition que, dans ce délai, la victime ou les bénéficiaires aient communiqué à l'Assureur l'état des prestations perçues ou à percevoir d'autres organismes.

Dans le cas où le médecin expert ne peut conclure de façon définitive, mais estime que **l'incapacité permanente** directement imputable à l'événement garanti dépassera le taux de 20%, une offre provisionnelle doit être faite dans le mois suivant la communication qui sera faite à l'Assureur du rapport de l'expertise médicale.

Le paiement définitif sous forme de capital de la somme convenue doit intervenir dans un délai d'un mois à partir de l'acceptation de l'offre définitive par l'Assuré ou le cas échéant par les **bénéficiaires en cas de décès**.

Subrogation :

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

La garantie ne jouera plus en la faveur de l'Assuré si, de son fait, l'Assureur ne peut plus exercer ce recours pour récupérer les indemnités déjà versées.

de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'adhérent, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré a été sans influence sur le sinistre.

Les primes payées demeurent alors acquises à l'assureur, qui a droit au paiement de toutes les primes échues à titre de dommages et intérêts.

Si la mauvaise foi de l'assuré n'est pas établie, il est procédé à une réduction de l'indemnité en fonction 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 des assurances).

Information à communiquer en cours d'adhésion :

L'Adhérent devra communiquer en cours d'adhésion, par courrier recommandé, tout changement de domicile ou de domiciliation bancaire pour le prélèvement des cotisations. A défaut d'information, les communications de l'Assureur ou du Souscripteur seront valablement adressées à l'Adhérent à son dernier domicile connu d'eux.

La modification du contrat collectif : En cas de modification du contrat collectif souscrit par l'APSE auprès de l'Assureur, les Adhérents/Assurés sont informés par écrit des modifications qu'il est prévu d'apporter à leurs droits et obligations trois mois au minimum avant la date prévue de leur entrée en vigueur conformément à l'article L141-4 du Code des assurances.

Ces modifications sont effectuées par voie d'avenant conclu entre l'APSE et l'Assureur.

de fractionnement, la cotisation est payable par prélèvement automatique.

Lorsqu'une cotisation n'est pas payée dans les 10 jours de son échéance, l'adhérent est informé par une lettre recommandée de mise en demeure que le défaut de paiement de la cotisation peut entraîner la résiliation de son adhésion au Contrat.

La résiliation de l'adhésion et la cessation de la garantie interviendront, de plein droit, quarante jours après l'envoi de la lettre recommandée à moins que la cotisation n'ait été prélevée dans l'intervalle.

Renonciation à l'adhésion au contrat :

L'Adhérent dispose d'un délai de 30 jours calendaires révolus pour renoncer à son adhésion à compter de la date de prise d'effet de l'adhésion. Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec accusé de réception, envoyée à FILIASSUR Accidents de la vie - BP 71013 – 76061 LE HAVRE CEDEX. Elle peut être faite selon le modèle de lettre ci-après. Pour toute précision relative au droit de renonciation, vous pouvez contacter FILIASSUR au **0 803 000 064 (Service & Appel Gratuits)**

Modèle de lettre de renonciation :

« Je soussigné(e) (nom et prénom de l'adhérent) demeurant à (domicile principal), ai l'honneur de vous informer que je renonce à mon adhésion au contrat n° FR_FIL_GAV_0721_03 référence (les références de votre adhésion) du (date).

(si des cotisations ont été perçues) : Je vous prie de me rembourser les cotisations versées, déduction faite de la cotisation imputable au prorata de la période de garantie. Je m'engage, pour ma part, à rembourser le montant des prestations qui ont pu m'être versées.

A le
Date et signature »

Démarchage téléphonique :

Conformément à l'article L223-1 du Code de la consommation, l'Adhérent qui ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique peut s'inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique sur le site www.bloctel.gouv.fr.

Fourniture à distance d'opérations d'assurance :

Constitue une fourniture à distance d'opération d'assurance, telle que définie par l'article L.112-2-1 du Code des assurances, la fourniture d'opérations d'assurance auprès d'un Adhérent, personne physique, qui agit à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, dans le cadre d'un système de vente ou de prestation de services à distance organisé par l'Assureur ou l'Intermédiaire d'assurance qui, pour cette Adhésion, utilise exclusivement des techniques de communication à distance jusqu'à, y compris, la conclusion de l'Adhésion. L'Adhérent doit recevoir en temps utile et avant tout engagement, par écrit ou sur un autre support durable, les conditions contractuelles ainsi que les informations mentionnées à l'article L.112-2-1 III du Code des assurances. L'Adhérent qui conclut un contrat à distance, est informé, conformément aux articles L.112-2-1 II 1° et L.112-9 alinéa 1er du Code des assurances, qu'il dispose d'un délai de 14 jours calendaires révolus pour y renoncer, à compter du jour de la réception du Certificat d'adhésion, sans avoir à justifier de motifs ni supporter de pénalités.

A titre purement contractuel, ce délai légal de renonciation est porté de 14 à 30 jours. Les modalités de cette renonciation à l'adhésion au Contrat sont telles que définies au paragraphe Renonciation à l'adhésion au contrat.

Prescription :

Article L 114-1 Code des assurances : « Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1° en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance.

2° en cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

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

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

Article L 114-2 Code des assurances : « La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressés par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité. »

Article L 114-3 Code des assurances : « Par dérogation à l'article 2254 du Code Civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci. »

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont citées aux articles 2240 à 2246 du Code civil et sont :

- **Article 2240 du Code civil :** La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait ;

- **Article 2241 du Code civil :** La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion. Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure ;

- **Article 2242 du Code civil :** L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance ;

- **Article 2243 du Code civil :** L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée ;

- **Article 2244 du Code civil :** Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée ;

- **Article 2245 du Code civil :** L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers.

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

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

- **Article 2246 du Code civil :** L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution

Sanctions :

L'assureur ne prendra pas en charge, ni ne sera tenu de payer une quelconque demande ou de fournir un quelconque bénéfice, si cela est susceptible d'exposer l'assureur (ou la société mère, une holding directe ou indirecte de l'assureur) à une quelconque sanction ou restriction émanant de toute sanction économique ou commerciale applicable en vertu des lois et règlements économiques. Ceci

inclut les sanctions ou restrictions extraterritoriales qui ne sont pas en contradiction avec les règles applicables à l'assureur.

Loi applicable et langue utilisée :

Le présent contrat est régi par la loi française et plus particulièrement par le Code des Assurances.

L'Assureur s'engage à utiliser la langue française dans ses relations avec les Assurés pendant toute la période de garantie.

Traitement et protection des données personnelles (Loi 78-17 du 06 Janvier 1978 modifiée) :

L'entité responsable du traitement de vos données personnelles est IptiQ, filiale à 100% de Swiss Re, fournisseur mondial de réassurance et d'assurance. IptiQ traitera vos données personnelles, en particulier, pour vous fournir un devis et formaliser votre adhésion, gérer votre contrat d'assurance, instruire les sinistres, pour prévenir, détecter et investiguer les crimes financiers, y compris la fraude, pour effectuer des recherches statistiques et actuarielles et, si nécessaire, pour se conformer aux obligations légales et réglementaires.

Nous utiliserons vos informations aux fins énumérées ci-dessus, la base juridique du traitement étant l'exécution du contrat d'assurance. Pour toute autre fin, lorsque cela s'avère approprié et nécessaire, nous vous contacterons pour obtenir votre consentement avant de traiter vos informations personnelles. Si vous communiquez des informations personnelles sur une autre personne, vous confirmez que vous avez son consentement pour fournir ces informations pour son utilisation comme indiqué dans ce document.

Nous vous informons que vos données ne seront pas transférées ou communiquées à des tiers en dehors de la présente relation contractuelle. Toutefois, l'IptiQ peut partager vos informations personnelles avec :

- FILIASUR, responsable du traitement des données de la compagnie d'assurance, soumis à l'obligation de confidentialité et de traiter les données selon les instructions de la compagnie d'assurance, et en respectant le reste des obligations prévues dans la réglementation applicable ;

- Les sociétés du groupe Swiss Re ;

- Les prestataires de services autorisés et désignés, y compris ceux qui sont utilisés pour administrer les contrats d'assurance ;

- D'autres organismes chargés de prévenir, de détecter ou d'enquêter sur les crimes ou les fraudes financières ; Agences de gestion du crédit et autorités compétentes.

Afin de gérer votre contrat d'assurance, nous traiterons vos informations personnelles par le biais d'une prise de décision et d'un profilage automatisés. Vous pouvez exercer vos droits d'accès, de rectification, de suppression et d'opposition, de limitation du traitement, de portabilité des données et de ne pas faire l'objet de décisions individualisées automatisées et profilées et vous avez également le droit de retirer le consentement donné. Vous avez également le droit de demander une copie des informations personnelles que nous détenons à votre sujet. Si vous avez donné votre consentement pour recevoir des informations commerciales, vous avez le droit de retirer ce consentement à tout moment.

Pour exercer l'un de ces droits, veuillez nous contacter à l'adresse suivante : FILIASUR BP 71013 - 76061 LE HAVRE Cedex ou vous pouvez également contacter le Délégué à la protection des données à l'adresse électronique suivante : dpd@filiassur.com. Vous pouvez également déposer une réclamation, auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) à l'adresse suivante CNIL - Service des Plaintes - 3 Place de Fontenoy, TSA 80715, 75334 PARIS CEDEX 07, France, web : <https://www.cnil.fr>.

Vos informations personnelles peuvent être traitées dans des pays hors de l'Union européenne (UE). Lorsque nous transférons vos données personnelles vers des pays hors de l'UE, nous nous assurons que le transfert est effectué conformément à la réglementation et que des mesures de sécurité appropriées sont mises en place conformément aux exigences de protection des données applicables.

Nous conserverons et traiterons vos données personnelles aussi longtemps que nécessaire pour atteindre les objectifs décrits dans la présente notice d'information, ainsi que pendant toute la durée nécessaire au respect des réglementations applicables.

Examen des réclamations :

En cas de désaccord concernant son adhésion, l'Adhérent est invité à contacter FILIASUR – BP 71013 – 76061 LE HAVRE CEDEX, qui veillera à répondre dans un délai de deux mois à compter de la réception de la réclamation. Ce service accusera réception de la réclamation dans un délai de dix jours à compter de sa réception et tiendra l'Adhérent informé du traitement de cette dernière, dans le respect des bonnes pratiques recommandées par l'Autorité de contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) en matière de traitement des réclamations.

En cas de réponse non satisfaisante, l'Adhérent peut saisir le médiateur de l'Assurance, en écrivant à la Médiation de l'Assurance, TSA 50 110, 75441 Paris Cedex 09, ou en le saisissant en ligne à l'adresse suivante : <http://www.mediation-assurance.org>. Le Médiateur de l'Assurance est une personnalité indépendante conformément à la charte de « la Médiation de l'Assurance » dont le recours est gratuit.

Le Médiateur formulera un avis dans les 90 (quatre-vingt-dix) jours à réception du dossier complet. Son avis ne s'impose pas et laissera toute liberté à l'Assuré pour saisir éventuellement le Tribunal français compétent.

Toute correspondance ou demande de renseignement doit être exclusivement adressée à :

FILIASUR
BP 71013 – 76061 LE HAVRE CEDEX
N° 0 803 000 064 (Service & Appel gratuits)