

# NOTICE D'INFORMATION DÉTAILLÉE

## Contrat « SMAM IJ Hospi »

Le contrat « SMAM IJ Hospi » est régi par le Code des assurances et les dispositions du contrat collectif à adhésion facultative n°IA1508598 souscrit par SMAM Prévoyance auprès d'Albingia au profit de ses clients ou des clients de ses apporteurs.

La présente note d'information reprend l'intégralité des dispositions de ce contrat. Elle définit les droits et devoirs réciproques de l'Assureur, de l'adhérent et des assurés.

La langue utilisée entre l'assureur et l'adhérent pendant toute la vie du contrat est le français.

### Assureur

ALBINGIA, compagnie d'assurances dont le siège social est situé 109/111, rue Victor Hugo – 92532 LEVALLOIS PERRET CEDEX -Entreprise régie par le Code des Assurances au capital social de 34.708.448 euros. RCS Nanterre 429 369 309 – N° TVA intracommunautaire FR 284 293 69 309.

Exerce sous le contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) - 61 rue Taibout - 75436 Paris Cedex 09.

### Souscripteur et Gestionnaire

SMAM Prévoyance, dont le siège Social est situé, 29 rue des Granges Galand, 37550 SAINT AVERTIN.

SAS de gestion et de courtage en assurances au capital de 45 088 € - RCS Tours B 388 901 910. N° d'immatriculation ORIAS 07 006 109 – Site ORIAS : www.orias.fr - Exerce sous le contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) – 61 rue Taibout – 75436 Paris - Cedex 09.

### ARTICLE 1 : DÉFINITIONS

**Accident :** Toute atteinte corporelle, non intentionnellement causée ou provoquée par l'Assuré ou le bénéficiaire, provenant de l'action soudaine et brutale d'une cause extérieure.

Ne peuvent être considérés comme un «accident» au sens de notre définition :

- la rupture d'anévrisme, l'infarctus du myocarde, l'embolie cérébrale ou l'hémorragie méningée. Ces affections sont couvertes au titre de la maladie.

### Alpinisme :

- L'ascension ou descente de montagne nécessitant pour la progression l'usage de cordes, crampons ou piolet ;
- L'escalade de parois rocheuses, équipées ou non ;
- La traversée de milieux glaciaires ;
- La progression en haute montagne à partir de 3 000 mètres d'altitude.

Nous ne considérons pas l'activité ci-après mentionnée comme relevant de la pratique de l'alpinisme et ce, quelle que soit l'altitude où cette activité est pratiquée :

- La pratique du ski alpin sur pistes balisées.

**Année d'assurance :** La période comprise entre deux échéances principales.

**Adhérent/Assuré(s) :** Toute personne physique ayant adhéré au contrat IA1508598 et résidant en France Métropolitaine (y compris Corse, à Monaco ou dans un Département d'Outre Mer.

**Bénéficiaire :** la ou les personnes désignées pour recevoir les indemnités en cas de sinistre.

Si l'assuré décède pendant l'instruction du dossier d'indemnisation, les indemnités journalières éventuellement dues seront versées à son conjoint, ou partenaire de pacs, survivant, non divorcé, et non séparé de corps, à défaut à ses enfants, vivants ou représentés, par parts égales entre eux, à défaut à ses ayants droits.

**Cessation des garanties :** Date à laquelle prend effet la résiliation, la dénonciation, l'expiration ou la suspension du contrat.

**Conjoint :** Personne unie à l'adhérent par les liens du mariage selon les termes du Code Civil. Sont assimilés au conjoint : le concubin et le partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS), selon les dispositions du Code Civil.

Le conjoint ou la personne assimilée doit en outre vivre en couple avec l'adhérent, sous le même toit, de façon constante, c'est à dire sans être séparé de corps ou de fait.

**Consolidation :** Jour à partir duquel l'état de l'Assuré est considéré comme stabilisé et définitif au dire d'une autorité médicale compétente.

**Cotisation :** La somme que doit verser l'Assuré, en contrepartie de notre garantie.

**Déchéance :** La perte du droit à garantie pour le sinistre en cause.

**Durée d'indemnisation :** Le nombre de jours, après la franchise indiquée sur le certificat d'adhésion, pendant lesquels le bénéficiaire peut recevoir une indemnité. La durée maximale est fixée à 365 jours par sinistre.

**Échéance principale :** Date qui marque le début de chaque période annuelle d'assurance.

### Enfant(s) à charge

- Les enfants à charge fiscalement sont les enfants non mariés de l'Assuré, qu'ils soient légitimes, reconnus ou adoptifs :
  - Âgés de moins de 18 ans,
  - Âgés de 18 ans et plus et de moins de 28 ans, lorsqu'ils sont affiliés au régime de la Sécurité Sociale des étudiants ou lorsque n'exerçant pas d'activité rémunérée pendant plus de six mois, ils poursuivent des études secondaires ou supérieures.
  - Quel que soit leur âge, lorsqu'ils perçoivent des allocations pour les adultes handicapés.
- Les enfants du Conjoint de l'Assuré remplissant les conditions ci-dessus sont considérés comme à charge.

**Franchise absolue :** Toute hospitalisation dont le nombre de jours est inférieur ou égal à la franchise ne donne jamais lieu à indemnisation ; Toute hospitalisation dont le nombre de jours est supérieur à la franchise n'est indemnisée que pour la période excédant la durée de la franchise. La période d'indemnisation débute après expiration de la franchise.

**Hospitalisation :** Tout séjour **d'au moins une nuitée** dans un établissement hospitalier ou une clinique habilités à pratiquer des actes et des traitements médicaux auprès de personnes accidentées ou malades et possédant les autorisations administratives locales autorisant ces pratiques ainsi que le personnel médical nécessaire et qualifié ou bien lorsque l'assuré bénéficie d'un service d'« hospitalisation à domicile » (H.A.D.) suite à un accident garanti.

### Guerre civile :

- opérations militaires étendues dans le temps et dans l'espace, entre une ou plusieurs factions de la population d'un même état souverain. Ces factions sont dotées d'organisation militaire, elles agissent à découvert et ont pour but de renverser le gouvernement établi. A la guerre civile se rattache l'insurrection qui en est le prélude et qui est l'action de groupes organisés et armés, qui se dressent même localement contre le pouvoir établi.

### Guerre étrangère :

- situation de lutte armée entre deux ou plusieurs puissances souveraines, entre peuples n'appartenant pas à la même nation et qui ne sont pas soumis à la même puissance étatique.

**Prescription :** Délai à l'expiration duquel une action ne peut plus être entreprise.

**Sinistre :** Événement (maladie ou accident) mettant en jeu la garantie.

Constituent un seul et même sinistre toutes les conséquences ou rechutes d'un même accident ou d'une même maladie.

### Sport aérien :

- Le parachutisme, le vol à voile, le vol libre, le vol en aérostat, le vol en ULM.
- Tout vol acrobatique.

### Sport amateur :

Tout sport dont la pratique ne constitue pas l'activité principale de l'assuré et dont ce dernier ne peut tirer aucun bénéfice financier ou matériel, direct ou indirect.

Les sportifs ne correspondant pas à cette définition seront considérés comme sportifs professionnels ou de haut niveau.

## Sportif de haut niveau :

Toute personne :

- officiellement désignée comme tel et dont le nom figure sur la liste des sportifs de haut niveau arrêtée par le Ministre chargé des sports ou,
- dont l'activité principale est consacrée à la pratique d'un sport quel qu'il soit ou,
- qui pratique un sport en 1<sup>ère</sup> Division, en équipe nationale ou à un niveau international.

**Subrogation :** article L 131-2 du Code des assurances

Transmission à notre bénéfice du droit de recours que possède l'Assuré contre un tiers responsable.

**Suspension :** La cessation du bénéfice d'une (ou des) garantie(s) du contrat alors qu'il n'est ni résilié, ni annulé. Elle prend fin par la remise en vigueur ou la résiliation définitive.

**Vie privée :** Sont considérées comme vie privée, les périodes de la journée qui ne répondent pas à la définition de la vie professionnelle.

**Vie professionnelle :** La vie professionnelle est la période de la journée pendant laquelle l'assuré exerce une activité salariée ou rémunérée. Entre dans cette période, le trajet qu'effectue l'assuré pour se rendre directement de son domicile sur les lieux de son activité professionnelle et inversement.

## ARTICLE 2 : OBJET DU CONTRAT

Lorsque qu'un Assuré, à la suite d'un accident ou d'une maladie garantis, est hospitalisé sur prescription médicale, l'Assureur verse une indemnité journalière dont le montant, la franchise et la durée sont indiquées aux Conditions Particulières.

Si l'Assuré, pour la même maladie, doit être transféré d'un établissement hospitalier à un autre, le transfert ne sera pas considéré comme une interruption de garantie s'il est effectué sous surveillance médicale ou s'il n'excède pas 48 heures.

Cette garantie est acquise aux assurés dans le monde entier, 24h/24, dans les conditions définies dans la présente notice et en fonction de la formule de souscription choisie :

- individuelle
- couple (Adhérent + Conjoint)
- famille (Adhérent + Conjoint + Enfant(s) ou Adhérent + Enfant(s))

## ARTICLE 3 : CONDITIONS D'ADHÉSION

Pour adhérer au présent contrat, l'Adhérent doit être âgé de 18 ans à 70 ans. L'âge se calcule par différence de millésimes entre l'année de naissance et l'année d'adhésion.

L'adhérent certifie que, sauf événement inconnu au jour de la souscription, là ou les personnes à assurer ne doivent pas être hospitalisées dans les 90 jours suivant la date d'effet. Si une hospitalisation est prévue pendant ce délai pour l'un ou l'autre des assurés, ce sinistre ne fera l'objet d'aucune indemnisation.

La ou les personnes à assurer ne doivent pas être prises en charge à 100% par la Sécurité Sociale ou tout autre régime obligatoire.

## ARTICLE 4 : EFFET DES GARANTIES

### 4.1 Effet des garanties

Pour chaque adhésion au présent contrat, les garanties prennent effet à la date mentionnée sur la demande d'adhésion et au plus tôt le 1<sup>er</sup> jour du mois qui suit la réception de la demande d'adhésion de l'Assuré par le gestionnaire.

Toutefois, elles restent soumises à la bonne réception de cette demande dûment complétée et signée.

Un certificat d'adhésion est remis à l'adhérent.

Il appartient à ce dernier de signaler au gestionnaire par lettre recommandée, toute erreur concernant son adhésion ou circonstance nouvelle ayant pour conséquence de modifier la ou les garanties de l'Assureur.

### 4.2 Modification des garanties

La modification des garanties est possible à l'échéance principale du contrat fixée au 1<sup>er</sup> janvier, sous réserve qu'une demande ait été adressée au minimum deux mois avant cette date et qu'aucun sinistre n'ait été déclaré ou soit en cours d'indemnisation.

### 4.3 Durée des garanties

Les garanties pour chaque adhésion, sont acquises à l'Assuré pour une première période jusqu'au 31 décembre suivant la date d'effet de l'adhésion tel que défini précédemment.

Au-delà, elles sont renouvelables annuellement par tacite reconduction au 1<sup>er</sup> janvier sous réserve des dispositions figurant à l'article 4.4.

## 4.4 Cessation des garanties

Dans tous les cas, les garanties expirent de plein droit :

- en cas de résiliation du contrat par l'Adhérent, dans les conditions fixées à l'article 4.6,
- en cas de séjour à l'étranger d'une durée continue de plus de 12 mois,
- en cas de non paiement des cotisations dans les conditions fixées à l'article 10.1,
- en cas de décès de l'Assuré,
- en cas de résiliation du contrat collectif par le souscripteur ou l'Assureur. Les garanties souscrites ou renouvelées antérieurement sont alors maintenues jusqu'à la prochaine échéance annuelle, fixée au 1<sup>er</sup> janvier.

Pour le versement des prestations, aucune limite d'âge n'est appliquée.

## 4.5 Droit de renonciation :

L'Assuré peut renoncer à son adhésion dans les 14 jours calendaires révolus qui suivent la réception de son certificat d'adhésion. Cette renonciation doit être notifiée par lettre recommandée adressée au siège social du Gestionnaire, reproduisant le texte indiqué ci-après : "Je soussigné(e) (nom et prénom), né(e) le (date de naissance), demeurant (adresse) déclare renoncer expressément à la souscription du contrat SMAM IJ Hospi pour lequel j'ai versé \_\_\_\_\_ Euros en date du \_\_\_\_\_ entre les mains de M \_\_\_\_\_ et demande le remboursement des sommes versées."

Ce remboursement sera effectué dans un délai maximum de 30 jours à réception de la lettre recommandée.

Cette renonciation met fin aux engagements de l'Assureur à compter de la date de réception du courrier recommandé.

## 4.6 Résiliation des garanties par l'Adhérent

L'Adhérent a la faculté de résilier les garanties à chaque échéance principale, par lettre recommandée avec accusé de réception adressée au gestionnaire, sous réserve d'un préavis de deux mois.

## ARTICLE 5 : NATURE ET MONTANT DES GARANTIES

En cas d'hospitalisation d'un assuré suite à un accident ou une maladie, il est procédé au paiement des indemnités journalières forfaitaires dans les limites du montant garanti, et après application d'un délai de franchise de 1 jour si l'hospitalisation est consécutive à un accident, et d'un délai de franchise de 3 jours si l'hospitalisation est consécutive à une maladie.

### 5.1 Montant

Lorsque l'Assuré est hospitalisé suite à un événement garanti et dans les conditions énumérées dans la présente notice, l'Assureur lui verse une indemnité forfaitaire dont le montant est fonction de l'option choisie 15€, 30€, 45€, 60€ ou 75€ /jour.

Il est ensuite revalorisé chaque année à l'échéance principale en fonction de l'indexation du plafond annuel de la Sécurité Sociale (PASS).

### 5.2 Franchises

#### ● En cas de maladie

Une franchise absolue de 3 jours est applicable par sinistre suite à maladie. Elle s'applique à compter du premier jour d'hospitalisation.

#### ● En cas d'accident

Une franchise absolue d'un jour est applicable par sinistre suite à accident. Elle s'applique à compter du premier jour d'hospitalisation.

## ARTICLE 6 : EXCLUSIONS

### 6.1 Exclusions spécifiques à l'hospitalisation suite à maladie

#### SONT EXCLUS :

- LES TRAITEMENTS ET INTERVENTIONS CHIRURGICALES À BUT ESTHÉTIQUE, NON CONSÉCUTIFS À UNE MALADIE GARANTIE ;
- LES SÉJOURS EN MAISON D'ASSISTANCE, ASILE OU SERVICE DE GÉRONTOLOGIE ;
- LES GROSSESSES, LES ACCOUCHEMENTS NORMAUX ET/OU AVANT TERME, LES FAUSSES COUCHES, L'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE ; TOUTEFOIS DANS LE CAS D'UNE GROSSESSE PATHOLOGIQUE ENTRAÎNANT UNE HOSPITALISATION L'ASSURÉE POURRA BÉNÉFICIER, APRÈS APPLICATION DE LA FRANCHISE PRÉVUE EN CAS DE MALADIE, DU VERSEMENT DES INDEMNITÉS FIXÉES AU CERTIFICAT D'ADHÉSION.

**DANS TOUS LES CAS, LE VERSEMENT DES INDEMNITÉS SERA INTERROMPU ENTRE LES QUATRE SEMAINES PRÉCÉDANT LA DATE PRESUMÉE DE L'ACCOUCHEMENT ET LES QUATRE SEMAINES SUIVANT LA DATE EFFECTIVE DE L'ACCOUCHEMENT.**

- **LES AFFECTIONS DE TYPE PUREMENT PSYCHIATRIQUE ET LEUR TRAITEMENT, LES MALADIES MENTALES, LA DÉPRESSION NERVEUSE SOUS TOUTES SES FORMES, L'ALIÉNATION MENTALE ;**
- **LES HOSPITALISATIONS AYANT POUR BUT DE REMÉDIER À TOUTES INFIRMITÉS, MALFORMATIONS, OU MALADIES CONGÉNITALES.**

## 6.2 Exclusions spécifiques à l'hospitalisation suite à accident

**SONT EXCLUS :**

- **LES TRAITEMENTS ET INTERVENTIONS CHIRURGICALES À BUT ESTHÉTIQUE, NON CONSÉCUTIFS À UN ACCIDENT GARANTI ;**
- **LES SÉJOURS EN MAISON D'ASSISTANCE, ASILE OU SERVICE DE GÉRONTOLOGIE.**

## 6.3 Exclusions communes à tous les événements

**SONT EXCLUS :**

- **LES EXAMENS PÉRIODIQUES DE CONTRÔLE OU D'OBSERVATION ;**
- **LES CURES THERMALES, HÉLIOMARINES, DE THALASSOTHÉRAPIE, DE REPOS, DE SOMMEIL, DE DÉSINTOXICATION, DIÉTÉTIQUES ;**
- **LA GUERRE CIVILE OU ÉTRANGÈRE, DECLARÉE OU NON ;**
- **LES EFFETS DIRECTS OU INDIRECTS D'EXPLOSIONS OU DE DÉGAGEMENTS DE CHALEUR OU D'IRRADIATIONS, PROVENANT DE LA TRANSMUTATION DE NOYAUX D'ATOMES ;** toutefois la garantie reste acquise lorsque ces lésions sont causées par une manipulation incorrecte ou un fonctionnement défectueux d'appareils médicaux au cours d'une thérapie à base de radiations ionisantes pratiquée par un membre du corps médical autre que l'assuré lui-même ;
- **LE SUICIDE OU LA TENTATIVE DE SUICIDE, AINSI QUE TOUTE LÉSION CAUSÉE OU PROVOQUÉE INTENTIONNELLEMENT PAR L'ASSURÉ OU LE BÉNÉFICIAIRE ;**
- **LA PARTICIPATION ACTIVE DE L'ASSURÉ À DES RIXES, sauf cas de légitime défense, DES ÉMEUTES, DES ATTENTATS, DES ACTES DE TERRORISME OU DE SABOTAGE ;**
- **L'USAGE DE DROGUES, STUPÉFIANTS OU PRODUITS TOXIQUES NON PRESCRITS MÉDICALEMENT ;**
- **LES ACCIDENTS DE LA ROUTE DONT L'ASSURÉ EST VICTIME LORSQUE SON ALCOOLÉMIÉ EST ÉGALE OU SUPÉRIEURE À LA LIMITE FIXÉE PAR LA RÉGLEMENTATION ROUTIÈRE FRANÇAISE EN VIGUEUR AU JOUR DU SINISTRE ;**
- **LA NAVIGATION AÉRIENNE EN QUALITÉ DE :**
  - **PILOTE OU PERSONNEL NAVIGANT,**
  - **PASSAGER** sauf sur les lignes commerciales exploitées par les Compagnies agréées pour effectuer le transport public de personnes ;
- **L'USAGE PAR L'ASSURÉ, À TITRE DE PASSAGER OU DE CONDUCTEUR, D'UN VÉHICULE À 2 OU 3 ROUES D'UNE CYLINDRÉE SUPÉRIEURE A 125 CM<sup>3</sup> ;**
- **LA PARTICIPATION À DES ÉPREUVES DE VITESSE, DES ESSAIS OU DES COMPÉTITIONS NÉCESSITANT L'UTILISATION D'ENGINS À MOTEUR ;**
- **LA PRATIQUE PAR L'ASSURÉ DE :**
  - **TOUT SPORT EN QUALITÉ DE SPORTIF PROFESSIONNEL OU DE HAUT NIVEAU,**
  - **TOUT SPORT AÉRIEN,**
  - **LA PLONGÉE SOUS-MARINE AVEC BOUTEILLE, L'ALPINISME, L'ESCALADE, LA SPÉLÉOLOGIE, LES SPORTS DE COMBAT AVEC OU SANS ARME, LE SAUT EN ÉLASTIQUE, LE HOCKEY SUR GLACE.**

## ARTICLE 7 : TERRITORIALITÉ

Les garanties sont accordées en France (départements et régions d'outre mer compris) et lors de vos déplacements dans le monde entier sous réserve que vos déplacements à l'étranger n'excèdent pas une durée continue de 12 mois.

## ARTICLE 8 : COTISATIONS

Les cotisations sont calculées en fonction de la tranche d'âge de l'Adhérent principal, de la formule de souscription, et du montant des garanties souscrites.

En cas de souscription d'une formule Couple ou Famille, l'Adhérent doit être le plus âgé.

L'âge se calcule par différence de millésimes entre celui de l'année en cours et celui de l'année de naissance

Les garanties et les cotisations sont indexées chaque année au 1<sup>er</sup> janvier selon l'évolution du Plafond Annuel Sécurité Sociale en vigueur au 01 juillet de l'année précédente.

Les cotisations sont payables d'avance. Les modalités de règlement sont définies lors de l'adhésion. Celui-ci peut se faire de façon annuelle semestrielle, trimestrielle ou mensuelle. Les cotisations peuvent être réglées par chèque (uniquement pour un paiement semestriel ou annuel) ou par prélèvements automatiques. La première cotisation annuelle est déterminée à la date de signature de la demande d'adhésion.

La cotisation est révisable annuellement, au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année, en fonction du changement de tranche d'âge de l'Assuré (au 40<sup>ème</sup> anniversaire et au 60<sup>ème</sup> anniversaire, âges millésimes de l'Assuré), et éventuellement en fonction de l'évolution générale du risque du contrat collectif.

Dans ce cas, les modifications des montants de cotisations sont applicables dès qu'elles ont été notifiées à l'Adhérent. Celui-ci dispose alors d'un droit de résiliation durant le mois qui suit cette notification

## ARTICLE 9 : MODALITÉS EN CAS DE SINISTRE

### 9.1 Déclaration du sinistre

L'Assuré ou son représentant doit déclarer au gestionnaire dès qu'il en a connaissance et au plus tard dans les 5 jours ouvrés, tout sinistre de nature à entraîner la garantie à l'adresse suivante :

SMAM PRÉVOYANCE  
Service Sinistres  
29 rue des Granges Galand  
37550 SAINT AVERTIN

et joindre à sa déclaration un dossier complet comprenant :

- les références de son adhésion
- la copie de la demande d'adhésion ou du certificat de garantie au présent contrat
- le nom du médecin traitant
- le bulletin d'hospitalisation

### • en cas d'accident :

- le certificat du médecin, du chirurgien ou du centre hospitalier appelé à donner les premiers soins décrivant les blessures,
- les circonstances de l'accident ou de l'évènement et le nom des témoins éventuels,
- le procès verbal ou tout autre rapport des autorités locales établissant les circonstances de l'accident, à défaut les coordonnées du procès verbal établi ou de main courante.

**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 notre demande, tous renseignements et attestations, et tous autres compléments d'information demandés.

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

### 9.2 Paiement des prestations

Les indemnités sont versées au terme échu de l'hospitalisation. Dans le cas d'une hospitalisation de longue durée, le paiement peut être amené à s'effectuer mensuellement à terme échu.

### 9.3 Cumul des prestations

Lorsque deux accidents entraînent une hospitalisation, pendant une même période, les indemnités journalières souscrites ne sont pas cumulables

### 9.4 Maximum garanti par évènement

Dans le cas où la garantie s'exerce en faveur de plusieurs assurés victimes d'un même accident causé par un même évènement, notre engagement maximum pour l'ensemble des indemnités à verser ne pourra en aucun cas excéder le montant de 2 000 000 euros et ce, quelque soit le nombre de victimes et le maximum garanti par assuré.

## 9.5 Contrôle de l'assureur

Les médecins désignés par nos soins doivent, sauf opposition justifiée, avoir libre accès auprès de l'assuré, afin de constater son état. Nos représentants doivent également pouvoir effectuer toutes vérifications nécessaires.

Le refus par l'assuré 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.

## 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.

## EXPERTISE

En cas de désaccord sur l'existence, les causes ou les conséquences d'un sinistre, chaque partie désignera un médecin pour lui soumettre le différend. S'il y a divergence de vues entre les 2 médecins, ils en désigneront un 3<sup>ème</sup> 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 3<sup>ème</sup>, la désignation sera effectuée, à la requête de la partie la plus diligente, par le Président du TGI compétent du lieu où l'accident s'est produit, ou du domicile de l'Assuré. Les 3 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 3<sup>ème</sup> médecin et des frais de sa nomination.

## ARTICLE 10 : DISPOSITIONS GÉNÉRALES

### 10.1 Sanctions en cas de défaut de paiement de la cotisation

Le paiement de la cotisation d'assurance incombe à l'Adhérent. À défaut de paiement de la cotisation dans un délai de 10 jours suivant la date d'échéance, l'Assureur, indépendamment de son droit de poursuivre l'exécution du contrat en justice, adresse à l'Adhérent une lettre recommandée de mise en demeure l'informant que le contrat pourra être résilié 40 jours après l'envoi de cette lettre si la cotisation reste impayée.

### 10.2 Sanctions en cas de fausse déclaration

**Toute réticence, fausse déclaration, omission ou inexactitude dans la déclaration à la souscription ou en cours de contrat, peut être sanctionnée, même si elle a été sans influence sur le sinistre, par :**

- la nullité du contrat en cas de mauvaise foi de l'assuré/adhérent (art L.113-8 du Code),
- la réduction de l'indemnité en cas de sinistre si la mauvaise foi l'assuré/adhérent 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 (art L.113-9 du Code).

**Si, sauf cas fortuit ou de force majeure, l'assuré/adhérent ou le bénéficiaire ne se conforme pas aux dispositions ci-dessus, 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 nous être remboursées.**

**Dans les autres cas, nous pouvons réduire les prestations, proportionnellement aux dommages que le manquement peut nous causer.**

**Lorsque les conséquences d'un accident 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 chez une personne soumise à un traitement médical.**

### 10.3 Prescription

Conformément à l'article L.114-1 du 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 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. »

### Conformément à l'article L.114-2 du 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 avec accusé de réception adressée 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 ».

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription auxquelles se réfère l'article L.114-2 du code des assurances sont la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (article 2240 du code civil), la demande en justice, même en référé, (article 2241 à 2243 du code civil), ou un acte d'exécution forcée (article 2244 à 2246 du code civil).

### 10.4 Élection de domicile

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.

### 10.5 Informatique et liberté (loi n° 7817 du 06/01/78 modifiée par la loi du 06/08/2004)

Les données recueillies au titre du présent contrat feront l'objet d'un traitement automatisé par le Gestionnaire, responsable de traitement, pour la passation, la gestion et l'exécution du contrat et à des fins de prospection et de gestion commerciales. Elles pourront être transmises à l'Assureur aux mêmes fins.

Elles font également l'objet de traitements de lutte contre le blanchiment d'argent et le financement du terrorisme et contre la fraude à l'assurance par le Gestionnaire. Elles pourront être transmises aux entités et personnes désignées par la réglementation. La lutte contre la fraude à l'assurance peut conduire à une inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.

L'adhérent et les assurés disposent d'un droit d'opposition, d'accès et de rectification auprès du Gestionnaire, à l'adresse suivante : 29 rue des Granges Galand - 37550 SAINT-AVERTIN.

### 10.6 Information des assurés / Réclamation

Conformément à la loi 94-5 du 4 janvier 1994, la Compagnie ALBINGIA précise quels sont les différents moyens d'information dont disposent les assurés concernant le présent contrat d'assurance.

#### 1. L'intermédiaire d'assurance agissant en qualité de mandataire des assurés est l'interlocuteur privilégié

Si les assurés souhaitent obtenir des informations supplémentaires sur le présent contrat d'assurance, son fonctionnement, ses garanties, ils peuvent contacter leur intermédiaire d'assurance, SMAM PREVOYANCE, dont les coordonnées figurent sur les documents contractuels.

#### 2. Contacter la Compagnie ALBINGIA

Si les assurés ne parviennent pas à trouver une solution avec leur intermédiaire d'assurance, ils peuvent contacter la Compagnie ALBINGIA au 01.41.06.70.00. Il suffira de préciser le numéro de contrat ou de sinistre et les assurés seront mis immédiatement en relation avec un chargé de clientèle ou un gestionnaire sinistre apte à répondre aux questions dans les meilleurs délais.

#### 3. Les assurés souhaitent adresser une réclamation à la Direction Clientèle de la Compagnie ALBINGIA

Si les assurés souhaitent faire part de leur mécontentement à l'encontre de la Compagnie ALBINGIA, ils peuvent adresser leur réclamation à la Direction du développement d'ALBINGIA qui s'engage à accuser réception de la réclamation sous 10 jours ouvrables et adresser une réponse sous 20 jours ouvrables à compter de l'envoi de l'accusé réception, sauf si la complexité nécessite un délai supplémentaire.

### 10.7 Autorité de contrôle

L'autorité chargée du contrôle de l'assureur est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - 61, rue Taitbout 75009 Paris.