

Module D – Accidents corporels

Moyennant mention aux Dispositions Particulières et cotisation spéciale, nous pouvons garantir :

1.1 Qui est assuré ?

Les personnes physiques désignées comme telles aux Dispositions Particulières.

1.2 Ce que nous garantissons

Nous garantissons le paiement de prestations forfaitaires en cas d'accident corporel dont l'assuré serait victime au cours de la manifestation ou l'exposition assurée.

1.2.1 Versement d'un capital en cas de décès accidentel de l'assuré

Si mention en est faite aux Dispositions Particulières, en cas de décès accidentel de l'Assuré survenant immédiatement ou dans un délai de vingt-quatre mois des suites d'un accident corporel garanti, nous verserons au bénéficiaire le capital dont le montant est fixé par lesdites Dispositions Particulières.

La disparition officiellement reconnue du corps de l'Assuré, en application des articles 112 et suivants du Code Civil, après examen par nous de toutes les preuves et justifications disponibles, crée une présomption de décès à l'expiration du délai de 365 jours à compter du jour de l'accident corporel présumé.

Cependant, s'il est constaté à quelque moment que ce soit après le versement au bénéficiaire du capital garanti au titre de la disparition de l'Assuré, que ce dernier est encore vivant, toute somme versée à ce titre doit nous être intégralement remboursée.

La preuve du décès est apportée par la production d'un acte de décès ou d'un jugement déclaratif de décès, que ce jugement soit définitif ou non. Dans ce dernier cas, le capital Décès est le montant mentionné aux Dispositions Particulières au jour de la date présumée de la disparition.

1.2.2 Versement d'un capital en cas d'infirmité permanente accidentelle de l'assuré

Si mention en est faite aux Dispositions Particulières, lorsque l'Assuré est victime d'un accident corporel garanti et qu'il est médicalement établi qu'il persiste une infirmité permanente partielle ou totale, nous lui versons le capital obtenu en multipliant le montant du capital fixé aux Dispositions Particulières par le taux d'infirmité de l'Assuré.

Ce taux est défini, sauf disposition contraire aux Dispositions Particulières, conformément au Barème infirmité prévu au § 4.1.2. des présentes Dispositions Générales.

Toutefois, l'indemnité ayant un caractère forfaitaire et contractuel, il n'est jamais tenu compte de l'âge, des aptitudes, de la qualification professionnelle, de la profession ou des possibilités de reclassement de l'Assuré victime de l'accident.

Le degré d'infirmité est fixé dès qu'il y a consolidation de l'état de l'Assuré et, au plus tard, sauf accord contraire pris entre l'Assuré et nous, à l'expiration du délai d'un an à compter du jour de l'accident corporel.

Toutefois, si dans un délai de six mois après l'accident corporel garanti, la consolidation des blessures de l'Assuré n'est pas intervenue et qu'il s'avère que l'infirmité permanente, dont l'Assuré restera atteint, est au moins égale à 30 % après expertise par notre médecin conseil, nous versons à l'Assuré sur sa demande expresse une avance sur indemnité égale à 10 % du capital garanti en cas d'infirmité permanente totale. Cette avance sera déduite du règlement final du sinistre.

Lorsqu'un même accident entraîne plusieurs infirmités distinctes, l'infirmité principale est d'abord évaluée dans les conditions prévues ci-dessus, les autres infirmités étant ensuite estimées successivement, proportionnellement à la capacité restante après l'addition des précédentes.

L'incapacité fonctionnelle absolue d'un membre ou organe est assimilée à la perte de ce membre ou organe.

Il est précisé qu'en cas d'infirmités préexistantes :

- **la perte des membres ou organes hors d'usage avant l'accident ne donne lieu à aucune indemnité ;**
- **si l'accident affecte un membre ou organe déjà infirme, l'indemnité est déterminée par différence entre l'état antérieur et postérieur à l'accident. En aucun cas, l'évaluation des lésions consécutives à l'accident ne peut être augmentée par l'état d'infirmité de membres ou organes que l'accident n'a pas intéressés.**

Les troubles nerveux et les lésions nerveuses ne peuvent être pris en considération, pour autant qu'ils constituent la conséquence d'un accident corporel garanti, que s'ils se traduisent à l'examen par des signes cliniques nettement caractérisés.



1.3 Ce que nous pouvons garantir sur votre demande

Moyennant mention aux Dispositions Particulières et cotisation spéciale, nous pouvons garantir :

1.3.1 Frais complémentaires d'adaptation

Si mention en est faite aux Dispositions Particulières, lorsque l'Assuré, domicilié en France, est atteint, à la suite d'un accident corporel garanti, d'une infirmité permanente consolidée d'un taux supérieur au taux figurant aux Dispositions Particulières, nous remboursons les dépenses que l'Assuré doit engager pour aménager sa résidence principale ou secondaire située dans son pays de domicile, ou son véhicule automobile personnel, afin de les adapter à son infirmité permanente consécutive à l'accident garanti. À ce titre, nous remboursons également les frais d'intervention d'un ergothérapeute afin de conseiller l'Assuré au regard de son handicap.

Ces dépenses doivent être engagées au plus tard dans l'année suivant la date de consolidation de l'infirmité permanente.

Nous remboursons l'Assuré, sur présentation des factures justificatives, dans la limite du montant maximum indiqué aux Dispositions Particulières pour cette garantie.

Nous nous réservons la possibilité de saisir un expert pour vérifier le bien-fondé de la réclamation.

1.3.2 Indemnités journalières en cas d'hospitalisation en France

Lorsqu'un accident corporel garanti, survenu en France ou à l'étranger, a pour conséquence une hospitalisation en France de l'Assuré prescrite par une autorité médicale habilitée française, nous versons pour chaque jour d'hospitalisation une indemnité forfaitaire dont le montant est indiqué aux Dispositions Particulières.

Cette indemnité est due pour une durée maximum de 365 jours d'hospitalisation au titre d'un même accident et est versée à compter du premier jour d'hospitalisation.

L'hospitalisation à domicile est également garantie sous réserve que :

- elle ait été prescrite par un médecin hospitalier français chargé de la coordination des soins ;
- le patient soit pris en charge par l'équipe hospitalière responsable des soins ;
- la nature et l'intensité des soins se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile hors hospitalisation par la complexité et la fréquence des actes prodigués au patient.

Toute nouvelle hospitalisation ayant pour origine un même événement, et à condition que celle-ci ait été constatée médicalement, est considérée comme une rechute lorsque la période entre deux hospitalisations est inférieure à quatre-vingt-dix jours.

Toute nouvelle hospitalisation qui intervient dans un délai de quatre-vingt-dix jours après la fin de l'hospitalisation précédente de l'Assuré est considérée comme la suite du même accident, et non comme un nouvel accident.

Nous reprenons alors, sans franchise, le versement des indemnités journalières à partir du premier jour de la nouvelle hospitalisation, prescrite par une autorité médicale compétente et ce, sans que la durée totale de l'hospitalisation excède la durée maximum d'indemnisation précisée au présent contrat.

Nous nous réservons le droit de vérifier le lien de causalité entre l'accident préalablement indemnisé et la réclamation présentée par l'Assuré en cas de nouvelle hospitalisation.

Dans le cas où le contrat est résilié, alors que les indemnités journalières sont en cours de versement au titre d'un accident corporel garanti survenu avant la résiliation, nous continuons à payer les indemnités journalières auxquelles l'Assuré peut prétendre sans toutefois dépasser la durée totale d'indemnisation précisée au présent contrat.

Toutefois, aucune indemnité journalière n'est due au-delà de la date de résiliation du contrat, dans le cas où le contrat est résilié pour non paiement des cotisations ou des fractions de cotisation.

1.3.3 Aide psychologique personnalisée en France

Si mention en est faite aux Dispositions Particulières, nous remboursons à l'Assuré, domicilié en France, sur présentation des justificatifs, les honoraires de consultations pour un suivi psychologique prescrit par une autorité médicale française habilitée, à la suite d'un accident corporel garanti et ce à concurrence du montant maximum indiqué aux Dispositions Particulières pour ces honoraires.

Cette garantie s'applique **exclusivement** en complément des remboursements qui pourraient être versés à l'Assuré pour les mêmes frais par la Sécurité sociale ou par tout autre régime collectif ou individuel de prévoyance, y compris les organismes mutualistes. Cependant, l'Assuré ne peut pas percevoir au total un montant supérieur à celui réellement déboursé.

En aucune façon, nous ne remboursons les sommes instaurées comme franchises par la Sécurité sociale française ou tout autre régime collectif ou individuel de prévoyance.



1.3.4 Frais médicaux engagés en France

Si mention en est faite aux Dispositions Particulières, lorsqu'un accident corporel garanti dont l'Assuré a été victime survient en France exclusivement et nécessite des soins ou l'application d'un traitement ordonnés médicalement, nous remboursons à l'Assuré sur présentation des justificatifs, les frais engagés en France à concurrence du montant maximum indiqué aux Dispositions Particulières et **sous déduction d'une franchise de 40 euros**.

La garantie s'applique au remboursement des honoraires de praticiens et des frais d'intervention chirurgicale, d'hospitalisation et pharmaceutiques.

Elle s'étend en outre :

- au remboursement des frais de transport de l'Assuré par ambulance ou autre moyen justifié par les circonstances de l'accident, du lieu où celui-ci s'est produit au centre hospitalier le plus proche en mesure de procurer à l'Assuré les soins adaptés à son état ;
- au remboursement, à concurrence de 20 % maximum du montant indiqué aux Dispositions Particulières, des frais de première fourniture seulement (**à l'exclusion des frais de renouvellement ultérieur**) d'appareils de prothèse ou d'orthopédie.

Cette garantie s'applique **exclusivement** en complément des remboursements qui pourraient être versés à l'Assuré pour les mêmes frais médicaux par la Sécurité sociale ou par tout autre régime collectif ou individuel de prévoyance, y compris les organismes mutualistes. Cependant, l'Assuré ne peut pas percevoir au total un montant supérieur à celui réellement déboursé.

Cette garantie ne se cumule pas avec la garantie prévue au § 1.3.2 ci-dessus.

1.3.5 Frais de recherche

Si mention en est faite aux Dispositions Particulières, nous remboursons, à concurrence du montant indiqué aux dites Dispositions Particulières, et ce quel que soit le nombre d'assurés concernés, les frais de recherche en mer ou en montagne pouvant incomber à l'Assuré signalé disparu ou en péril, en cas d'intervention des services publics ou privés ou de sauveteurs professionnels dûment agréés.

Cette garantie s'applique **exclusivement** en complément des remboursements qui pourraient être versés à l'Assuré pour les mêmes frais par tout organisme. Cependant, l'Assuré ne peut pas percevoir au total un montant supérieur à celui réellement déboursé.

1.3.6 Frais d'aide à la communication de crise

Si mention en est faite aux Dispositions Particulières, nous remboursons à l'Assuré, à concurrence du montant maximum par événement fixé aux Dispositions Particulières et sur présentation des justificatifs correspondants, les frais de mise en place d'une campagne de communication externe à celui-ci, par voie de presse ou télévisuelle, à caractère urgent et dont l'objet est directement et strictement lié à un événement garanti par ailleurs au contrat, à condition que :

- le sinistre garanti ait causé le décès accidentel simultané d'au moins trois assurés ou l'hospitalisation d'au moins dix assurés,
- la campagne de communication soit mise en place dans un délai maximum de quinze jours après le sinistre.

Nous nous réservons la possibilité de saisir un expert pour vérifier le bien-fondé de la réclamation.

1.4 Non cumul des indemnités

Aucun accident corporel garanti ne peut donner droit simultanément au versement des capitaux en cas de décès par accident et d'infirmité permanente par accident.

Dans le cas où, après avoir perçu une indemnité résultant de l'infirmité permanente totale ou partielle consécutive à un accident corporel garanti, l'Assuré vient à décéder dans un délai de deux ans des suites du même accident corporel, nous versons au bénéficiaire le capital prévu en cas de décès par accident après déduction de l'indemnité déjà versée au titre de l'infirmité permanente.

Si le montant payé au titre de l'infirmité permanente est supérieur au capital garanti en cas de décès, la différence reste acquise au bénéficiaire.

1.5 Montant maximum garanti par événement

Si le contrat doit intervenir en faveur de plusieurs assurés, victimes d'un même accident corporel garanti, causé par un même événement, notre engagement est égal au maximum au cumul des capitaux Décès et Infirmité permanente indiqués aux Dispositions Particulières.

Les indemnités versées aux assurés victimes de ce même accident corporel garanti seront réduites et réglées proportionnellement au nombre de victimes.



À défaut de montant maximum garanti par événement fixé aux Dispositions Particulières, le montant maximum est de 1 million d'euros.

1.6 Ce que nous ne garantissons pas au titre du Module Accidents Corporels

Au titre des événements :

- 1 Les accidents corporels causés intentionnellement par l'Assuré.
- 2 Le paiement de l'indemnité au bénéficiaire qui a causé intentionnellement l'accident.
- 3 Les accidents occasionnés par la guerre civile ou étrangère, déclarée ou non, dans le pays de domicile de l'assuré, ainsi que dans les pays étrangers où se trouve l'assuré s'il y prend une part active.
- 4 Les accidents dus à des radiations ionisantes émises par des combustibles nucléaires ou par des produits ou déchets radioactifs, ou causés par des armes ou des engins destinés à exploser par modification de structure du noyau de l'atome.
- 5 Les accidents causés par l'utilisation de stupéfiants ou de substances analogues, ou causés par des médicaments ou des traitements non prescrits par une autorité médicale habilitée.
- 6 Les conséquences d'accidents subis par l'Assuré lorsqu'il conduit un véhicule, avec ou sans moteur, sous l'empire d'un état alcoolique caractérisé par la présence dans le sang d'un taux d'alcoolémie supérieur au taux maximum autorisé par la réglementation en vigueur dans le pays de survenance de l'accident. En l'absence de réglementation locale, la réglementation française en vigueur au jour de l'accident s'applique.
- 7 Les conséquences du suicide ou de la tentative de suicide de l'assuré.
- 8 Les conséquences d'un acte illicite constituant un crime ou un délit intentionnel commis par l'Assuré ou avec sa complicité.

Au titre des activités :

- 9 Les accidents survenant lors de l'utilisation par l'assuré, en tant que pilote, de tout engin ou appareil aérien.
- 10 Les accidents survenant lors de l'utilisation par l'assuré, en tant que pilote ou passager, d'ULM, de deltaplane, d'aile volante, de parachute ou de parapente.
- 11 Les accidents occasionnés par la pratique ou l'enseignement par l'assuré d'un sport à titre professionnel.

Au titre des pathologies :

- 12 Les **maladies**, sauf si elles sont la conséquence directe d'un accident compris dans la garantie.
- 13 Les conséquences d'une crise d'épilepsie ou de delirium tremens, d'une rupture d'anévrisme, d'une embolie cérébrale, d'une hémorragie méningée ou d'un infarctus du myocarde.
- 14 Les conséquences d'une affection microbienne, virale ou parasitaire.

Au titre des frais :

- 15 Les frais de cure, d'héliothérapie et de thalassothérapie.
- 16 Les sommes instaurées comme franchises par la Sécurité sociale française.

Les autres exclusions :

- 17 Les accidents survenant lors de la participation de l'assuré à des rixes (sauf cas de légitime défense), des crimes ou des paris de toute nature.

