



ANNEXE 1

Notice d'information valant Conditions Générales du Contrat d'Assurance de Groupe « Individuelle Accidents » souscrit par la FÉDÉRATION FRANÇAISE BILLARD

Cette notice d'information est établie conformément à l'article L141-4 du Code des assurances. Elle décrit les garanties, les exclusions et les obligations de l'Assuré au titre du contrat d'assurance de groupe « Individuelle Accidents » n°22782949404 souscrit par la Fédération Française de BILLARD – 115 Route d'Hauterive 03200 ABREST pour le compte des Assurés désignés ci-dessous auprès d'AXA FRANCE IARD, représentée par l'Agence VIDAL, société anonyme, au capital de 214 799 030 euros, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Nanterre sous le numéro 722 057 460, entreprise régie par le Code des assurances dont le siège social est situé 313 Terrasses de l'Arche - 92727 NANTERRE CEDEX.

Ce contrat est régi par le droit français et notamment le Code des assurances.

En cas d'adhésion par l'Assuré au contrat d'assurance de groupe « Individuelle Accidents » ci-dessus référencé, cette notice vaudra Conditions Générales lesquelles fixeront avec les Conditions Particulières¹ l'étendue des garanties ainsi que les droits et les obligations de l'Assuré et de l'Assureur.

¹ Les Conditions Particulières d'assurance mentionnées ci-dessus sont constituées par le Formulaire de Licence lorsque l'Assuré a choisi d'adhérer au contrat d'assurance de groupe « Individuelle Accidents » ci-dessus référencé et par le Bulletin Individuel d'Adhésion Facultative aux garanties complémentaires lorsque l'Assuré a souscrit une option.

Droit applicable

Ce contrat est régi par le droit français et notamment le Code des assurances.

Pour les risques définis à l'article L.191-2 du Code des assurances et relevant des dispositions particulières aux départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle :

- Sont applicables les articles impératifs L.191-5, L.191-6 du Code des assurances,
- N'est pas applicable l'article L.191-7 du Code des assurances auquel il est dérogé expressément.

Juridiction compétente

Tout litige né de l'exécution ou de l'interprétation du présent contrat sera de la compétence des juridictions françaises.

Commission de contrôle

L'autorité chargée du contrôle de l'Assureur désigné dans la notice d'information est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution – ACPR – situé 4 place de Budapest CS 92459 – 75436 Paris cedex 09.



1. Définitions

Accident

Toute atteinte corporelle, non intentionnelle de la part de l'Assuré et provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure.

Le lien de causalité devant être établi entre la cause extérieure et l'atteinte corporelle.

Sont assimilées à des accidents les atteintes corporelles subies à la suite :

- d'accidents résultant de traitements médicaux, d'opérations chirurgicales ou de lésions causées par les rayons X, le radium et les autres corps radioactifs lorsqu'ils sont la conséquence d'un traitement ou de soins nécessités par un accident garanti ;
- de noyade, d'asphyxie, d'hydrocution, d'électrocution, de la chute de la foudre, de morsures ou de piqûres d'animaux ;
- d'absorption de substances vénéneuses ou corrosives ou d'aliments avariés absorbés par erreur ou due à l'action intentionnelle d'un tiers ;
- de jets de flamme, de vapeurs ou d'acides.
- d'actes d'agression contre la personne assurée (attentat, hold-up prise d'otage ou rapt) ;
- d'entorses et leurs conséquences ;
- d'une chute.

Activités garanties

À titre limitatif, est garantie la pratique du billard carambole, snooker, américain et blackball.

Année d'assurance

La période comprise entre deux échéances annuelles de cotisation ; toutefois :

- au cas où la prise d'effet de la garantie est distincte de l'échéance annuelle, l'année d'assurance est la période comprise entre cette date de prise d'effet et la prochaine échéance annuelle ;
- au cas où la garantie prend fin entre deux échéances annuelles, la dernière année d'assurance est la période comprise entre la dernière date d'échéance annuelle et la date d'expiration du contrat.

Arrêt de travail

Certificat médical délivré par un médecin à l'Assuré, suite à la constatation que l'état de santé de l'assuré n'est pas compatible avec la pratique de son activité sportive suite à accident

**Assuré(s)**

Le(s) Titulaire(s) d'une licence de la Fédération Française de Billard (FFB) en cours de validité avec une option individuelle accidents souscrite sur le Formulaire de Licence pour les garanties de base et au Bulletin Individuel d'Adhésion Facultative pour les garanties complémentaires optionnelles.

Et par extension :

- Les Sportifs de Haut Niveau de la Fédération Française de Billard (FFB),
- Les dirigeants statutaires,
- Les encadrants bénévoles (administratifs ou sportifs)
- Les préposés rémunérés ou non,
- Les personnes prêtant bénévolement leur concours à un Assuré dans le cadre des activités garanties,
- Les titulaires du titre de participation « Pass Billard Scolaire »
- Les participants (licenciés ou non) valablement engagés dans une manifestation sportive organisée par la FFB,
- Les pratiquants occasionnels non licenciés découvrant les activités à l'occasion des portes ouvertes, séances promotionnelles,
- Les juges, les arbitres,
- Les collaborateurs ou aides bénévoles ainsi que les salariés des personnes morales,
- Les enseignants, les entraîneurs, les moniteurs et toute fonction délivrant un enseignement rémunéré ou bénévole dans le cadre de leurs activités au sein du club ou de la structure fédérale.

Assureur

AXA FRANCE IARD, société anonyme de droit français, au capital de 214.799.030 euros immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Nanterre sous le numéro 722 057 460 et dont le siège social est situé 313, Terrasses de l'Arche - 92727 NANTERRE CEDEX

Autorité médicale

Toute personne titulaire d'un diplôme de médecine ou de chirurgie en état de validité dans le pays où se trouve l'Assuré.

Barème d'invalidité

Les Invalidités Permanentes seront réglées en évaluant les taux d'infirmités par référence au barème d'invalidité déterminé par l'Assureur.



Bénéficiaire

En cas de décès de l'Assuré, la personne qu'il a désignée et dont l'identité a été communiquée à l'Assureur.

En l'absence de désignation de bénéficiaire et par ordre prioritaire :

- à son conjoint non divorcé ou séparé de corps judiciairement ;
- à défaut, à son partenaire avec lequel il est lié par un Pacte civil de solidarité ;
- à défaut, par parts égales, à ses enfants nés ou à naître et à ceux de son conjoint s'il en avait la charge ;
- à défaut, par parts égales, à son père ou à sa mère ou au survivant d'entre- eux ;
- à défaut, aux ayants droit selon la dévolution successorale.

L'Assuré, pour les autres prestations.

Consolidation

Moment à partir duquel l'état du blessé ou du malade est considéré comme permanent et présumé définitif, tel qu'un traitement n'est plus nécessaire et qu'il devient possible d'apprécier un certain degré d'incapacité fonctionnelle permanente réalisant un préjudice

Déchéance

Perte de son droit à garantie en cas de non-respect par l'Assuré de ses obligations après survenance d'un sinistre.

Enfant à charge

Les enfants de l'Assuré, reconnus, recueillis ou adoptifs, non mariés âgés de moins de 18 ans s'ils sont à la charge fiscale de leurs parents. Les enfants de moins de 25 ans effectuant des études secondaires ou supérieures ou une formation en alternance et à charge fiscalement seront considérés comme à la charge de leurs parents.

Etat préexistant

Etat de santé qui est déjà connue au moment de la souscription du contrat ou de l'entrée en vigueur du contrat.

Frais médicaux à la suite d'accident

Frais médicaux engagés en France sur prescription médicale suivants :

- les frais de médecine générale ou spéciale, les frais d'interventions chirurgicales et de salles d'opérations, les frais d'hospitalisation, les frais de rééducation fonctionnelle ou professionnelle, les frais de soins et de prothèses dentaires, de lunettes, ainsi que les frais d'appareillage, autres que les frais d'entretien et de remplacement d'appareils de prothèses et d'orthopédie ;
- les frais pharmaceutiques, engagés sur prescriptions médicales, sous réserve que les médicaments prescrits répondent aux conditions fixées par la législation et la réglementation de la Sécurité sociale pour leur prise en charge au titre d'un régime obligatoire de protection sociale ;
- les frais de séjour dans les établissements de soins publics ou privés, autres que les frais de séjours et de cure dans des stations thermales et climatiques ou en maison de repos ou convalescence ;



- les frais d'analyse et d'examens de laboratoires ;
- les frais de transport de l'Assuré accidenté jusqu'au lieu où il pourrait recevoir les premiers soins d'urgence que nécessite son état, en l'absence de prestations reçues par l'Assuré au titre d'un régime de frais de santé collectif ou de protection sociale ; à défaut le remboursement se limite à la différence entre les dépenses réellement engagées et dûment justifiées, et ces prestations.

Franchise

Somme ou période qui reste à la charge de l'Assuré ou du souscripteur. Elle peut s'exprimer en euros, en pourcentage ou en jours.

Invalidité permanente totale ou partielle à la suite d'accident garanti

Atteinte présumée définitive des capacités physiques ou mentales de l'Assuré, suite à un accident survenu pendant la période de validité du contrat.

Maladie

Toute altération de la santé de l'Assuré constatée par une Autorité médicale compétente.

Sinistre

Survenance d'un accident atteignant un Assuré et donnant lieu au versement d'un capital et/ou d'indemnités.

Sinistre collectif

Ensemble des réclamations formulées à l'Assureur par des bénéficiaires différents, à partir du moment où ces réclamations sont consécutives à un seul et même fait générateur.

Lorsqu'un même fait générateur affecte plusieurs Assurés et que le total des indemnités dues dépasse la limite de garantie pour sinistre collectif, l'Assureur effectue entre les bénéficiaires une répartition proportionnelle, sans qu'aucune préférence ne soit accordée, ni à l'ordre de présentation des réclamations, ni à l'une des catégories d'indemnités assurées.

Toutefois, pour cette répartition, il n'est tenu compte que des seules réclamations présentées à l'Assureur dans le délai de deux ans après la date de l'accident. En cas de contestation, il est procédé, par les soins du Président du Tribunal de Grande Instance compétent, à la désignation d'un amiable compositeur chargé de veiller ou de procéder lui-même, le cas échéant, à cette répartition proportionnelle.

Souscripteur

La Fédération Française de Billard qui signe le contrat et s'engage à acquitter les cotisations.



2. Objet du contrat

Le présent contrat a pour objet de garantir, au(x) bénéficiaire(s), le paiement d'indemnités et/ou d'un capital, en cas de réalisation des risques suivants, atteignant l'Assuré pendant la durée du contrat et dans les limites et conditions de ce dernier dans le cadre des activités garanties.

Les garanties souscrites sont inscrites sur le Formulaire de Licence pour les garanties de base et sur le Bulletin Individuel d'Adhésion Facultative pour les garanties complémentaires.

3. Garanties et montant des garanties

Les garanties de base et complémentaires (options) et les montants des garanties applicables sont ceux indiqués dans les tableaux ci-après.

Les garanties de base sont acquises aux licenciés et aux Sportifs de Haut Niveau lorsqu'elles sont souscrites avec le Formulaire de Licence.

Les garanties complémentaires sont acquises aux licenciés lorsqu'elles sont souscrites au Bulletin Individuel d'Adhésion Facultative.

L'adhésion aux garanties complémentaires est réservée aux licenciés bénéficiant des garanties de base (hors sportifs de haut niveau).



3.1. Tableau des garanties pour les Licenciés

3.1.1 Tableau des garanties de base

Les garanties de base et le montant des garanties de base applicables sont ceux indiqués dans le tableau ci-après :

GARANTIES DE BASE	MONTANTS DES GARANTIES	FRANCHISE
DÉCÈS ACCIDENTEL	Capital décès : 10.000 € Pour les Sportifs de Haut Niveau : Capital décès : 20.000 €	Néant
INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE À LA SUITE D'ACCIDENT	Capital invalidité : 15.000 € x taux IP Si taux ≥ 66% : Capital invalidité = 15.000 € Pour les Sportifs de Haut Niveau : Capital invalidité : 30.000 € x taux IP Si taux ≥ 66% : Capital invalidité = 30.000 €	Franchise relative à 6% Aucun capital n'est versé pour un taux d'invalidité inférieur ou égal à 5%
FRAIS DE SOINS DE SANTÉ EN FRANCE À LA SUITE D'ACCIDENT (1)	Frais réels dans la limite de 2.500 € par accident et par an et dont : - Frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques : 200% de la base de remboursement de la Sécurité Sociale - Frais dentaires : Frais réels dans la limite de 300 € par dent et par sinistre et par an (dans la limite de 4 dents) - Frais d'optique : Frais réels dans la limite de 300 € par sinistre et par an - Frais de transport (soit vers le domicile habituel ou soit vers le service hospitalier approprié le plus proche du domicile en France métropolitaine) : Frais réels dans la limite de 300 € par sinistre et par an	Néant

(1) Frais de soins de santé prescrits par un médecin, soumis ou non à remboursement de la Sécurité sociale, nécessités par un accident garanti (après déduction des prestations versées par la Sécurité sociale et/ou assurances complémentaires de frais de santé lorsque l'intéressé bénéficie des régimes de protection sociale correspondants). Les assurés ne bénéficiant pas d'un régime de Sécurité Sociale verront leurs remboursements limités au montant du ticket modérateur et/ou au montant du forfait journalier.

Décès accidentel :

Pour les mineurs de moins de 12 ans, les majeurs en tutelle et les personnes placées dans un établissement psychiatrique d'hospitalisation, l'indemnité versée sera limitée au remboursement, sur justificatifs, des frais d'obsèques à concurrence du capital indiqué au tableau de garanties conformément aux dispositions de l'article L.132-3 du Code des assurances.



3.1.2. Tableau des garanties complémentaires optionnelles (1 Option)

Les garanties complémentaires optionnelles et le montant des garanties complémentaires optionnelles applicables sont ceux indiqués dans le tableau ci-après :

L'adhésion aux garanties complémentaires optionnelles est réservée aux Licenciés bénéficiant des garanties de base (hors Sportifs de Haut Niveau).

Les garanties complémentaires optionnelles viennent en complément des garanties de base

GARANTIES	MONTANTS OPTION 1	FRANCHISE
DÉCÈS ACCIDENTEL	Capital décès : 10.000 €	Néant
INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE À LA SUITE D'ACCIDENT	Capital invalidité : 15.000 € x taux IP Si taux ≥ 66% : Capital invalidité = 15.000 €	Franchise relative à 6% Aucun capital n'est versé pour un taux d'invalidité inférieur ou égal à 5%



4. Évènements garantis

L'Assureur s'engage à verser les indemnités indiquées au tableau de garanties à l'article 3 de la présente Notice d'information valant Conditions Générales en cas d'accident garanti dont l'Assuré serait victime, dans le cadre des activités garanties.

4.1. Décès accidentel garanti

Lorsqu'un Assuré est victime d'un accident et décède de ses suites dans les 12 mois de sa survenance, l'Assureur verse au(x) bénéficiaire(s) la somme indiquée au tableau de garanties à l'article 3 de la présente Notice d'information valant Conditions Générales.

Pour les mineurs de moins de 12 ans, les majeurs en tutelle et les personnes placées dans un établissement psychiatrique d'hospitalisation, l'indemnité versée sera limitée au remboursement, sur justificatifs, des frais d'obsèques à concurrence du capital indiqué au tableau de garanties à l'article 3 de la présente Notice d'information valant Conditions Générales, conformément aux dispositions de l'article L.132-3 du Code des assurances.

Dispositions particulières en cas de disparition de l'Assuré :

Si le corps de l'Assuré n'a pas été retrouvé à la suite d'un accident d'avion, d'un naufrage, de la destruction d'un moyen de transport public ou la disparition du moyen de transport public utilisé, et si aucune nouvelle n'a été reçue de l'Assuré, des autres passagers ou des membres d'équipage dans les douze mois qui suivent, alors il sera présumé que l'Assuré aura péri des suites de cet événement. Le capital pourra être versé avant l'expiration du délai de douze mois sur présentation d'un jugement déclaratif de décès.

4.2. Invalidité permanente totale ou partielle à la suite d'accident garanti

Lorsqu'un Assuré est victime d'un accident au cours des activités garanties et qu'il est établi qu'il reste invalide de ses suites, partiellement ou totalement, l'Assureur verse à l'Assuré la somme obtenue en multipliant le capital indiqué ci-dessus par le taux d'invalidité du barème d'invalidité déterminé par l'Assureur, et tel qu'indiqué au tableau de garanties à l'article 3 de la présente Notice d'information valant Conditions Générales.

Le degré d'invalidité est fixé dès qu'il y a consolidation de l'état de l'Assuré et au plus tard à l'expiration d'un délai de 3 ans à partir de la date de l'accident.

Pour les cas d'invalidité non prévus au barème, les taux sont fixés par comparaison de leur gravité avec des cas énumérés dans le barème.

Les taux d'invalidité sont fixés en dehors de toute considération professionnelle ou scolaire ou en dehors de tout état préexistant.

La perte anatomique de membres ou d'organes déjà perdus fonctionnellement avant l'accident ne peut donner lieu à indemnisation.



Les lésions aux membres ou organes déjà invalides avant l'accident ne sont indemnisées que par différence entre l'état avant et après l'accident.

L'évaluation des lésions à un membre ou organe ne peut être influencée par l'état d'invalidité préexistant d'un autre membre ou organe.

Si plusieurs membres ou organes sont atteints par le même accident, les taux d'invalidité se cumuleront sans pouvoir dépasser 100%.

En cas de décès accidentel avant consolidation de l'invalidité, seul le capital prévu en cas de décès sera versé déduction faite éventuellement des sommes qui auraient pu être avancées au titre de l'invalidité. Il n'y a pas cumul des garanties décès et invalidité lorsqu'elles résultent d'un même événement.

4.3. Frais médicaux à la suite d'accident garanti

L'Assureur s'engage à rembourser à l'Assuré, jusqu'à concurrence des montants indiqués au tableau de garanties à l'article 3 de la présente Notice d'information valant Conditions Générales, des frais médicaux prescrits par un médecin, soumis ou non à remboursement de la Sécurité sociale, nécessités par un accident garanti (après déduction des prestations versées par la Sécurité sociale et/ou assurances complémentaires de frais santé lorsque l'intéressé bénéficie des régimes de protection sociale correspondants) pour ses frais médicaux.

Les Assurés ne bénéficiant pas d'un régime de Sécurité Sociale verront leurs remboursements limités au montant du ticket modérateur et/ou au montant du forfait journalier.

5. Engagement maximum de l'Assureur

L'engagement maximum de l'Assureur ne pourra être supérieur à **1 000 000 €** pour un même événement, quel que soit le nombre d'assurés victimes de cet accident.

Eventuellement, les capitaux garantis par Assuré devront subir une réduction de coefficient identique pour tous les assurés impliqués dans un même accident et/ou événement, de telle sorte que le cumul des capitaux assurés n'excède pas le maximum indiqué ci-dessus. C'est ce capital réduit qui servira de base au règlement de l'indemnité relative à chaque Assuré.

L'engagement maximum de l'Assureur est fixé à **1 000 000 € par sinistre et par année d'assurance**.

6. Non-cumul de la garantie responsabilité civile et individuelle accidents

Lorsqu'un sinistre met en jeu à la fois la garantie du contrat RESPONSABILITE CIVILE et la garantie du contrat INDIVIDUELLE ACCIDENTS au profit d'une même victime, celle-ci percevra exclusivement, **sans cumul possible**, la plus élevée des indemnités résultant de l'une ou l'autre des garanties, les premiers règlements effectués au titre de l'une d'elles ayant un caractère d'avance à valoir sur le règlement définitif.

Si l'accident ne met pas en jeu la garantie responsabilité civile, la victime percevra la seule indemnité prévue au titre de la garantie individuelle accidents.



7. Exclusions

SONT EXCLUES DE L'ASSURANCE LES CONSÉQUENCES :

- de maladie ;
- d'éthylisme, d'ivresse manifeste ou s'il est révélé qu'au moment d'un accident, l'assuré avait une alcoolémie égale ou supérieure à celle fixée par la réglementation française régissant la circulation automobile, sauf s'il apporte la preuve de l'absence de relation de cause à effet ;

Toutefois :

- si l'accident survient dans un pays où la législation locale est plus restrictive que la réglementation française, l'alcoolémie maximale retenue sera celle fixée par la législation locale ;
- à l'inverse, si l'alcoolémie fixée par la réglementation locale est supérieure à celle fixée par la législation française, l'alcoolémie maximale autorisée sera celle fixée par la réglementation française ;

- d'usage de drogues, stupéfiants ;
- d'usage sans prescription médicale de médicaments ou tranquillisants ne pouvant être délivrés qu'avec prescription médicale ;
- de suicide ou de tentative de suicide survenant au cours de la première année suivant la date d'entrée en garantie de l'assuré ;
- de guerre civile ou étrangère, d'insurrection, d'émeutes ou mouvements populaires, ainsi que des opérations de maintien de l'ordre dans le cadre de résolutions de l'ONU ou autre institution similaire, ainsi que les opérations de maintien de la paix ;
- d'un accident subi à l'occasion d'un déplacement ou séjour dans une des régions ou un des pays déconseillés par le Ministère français des Affaires étrangères. Pour les personnes déjà présentes dans cette zone à la date de l'inscription de cette zone sur les listes du ministère des affaires étrangères, l'exclusion ne s'applique qu'à compter du 14e jour suivant cette inscription ;
- de la participation active de l'assuré à des émeutes, mouvements populaires, actes de sabotage, crimes ou délits intentionnels, rixes, sauf en cas de légitime défense, attentat, acte de terrorisme ;
- d'accidents survenus avant la date d'entrée en garantie de l'assuré ;
- d'un fait intentionnel de l'assuré, du bénéficiaire ou du souscripteur ;
- d'un traitement esthétique et/ou d'opération de chirurgie esthétique non consécutif à un accident garanti ainsi que leurs suites et conséquences ;
- d'un accident résultant :

- de la conduite d'un véhicule si l'assuré n'est pas titulaire d'un permis réglementaire imposé par la législation locale,
- de tout combustible nucléaire, produit ou déchet radioactif,
- de tout engin destiné à irradier ou à exploser par modification du noyau de l'atome, ainsi que de leur décontamination,
- de l'action directe ou indirecte de tout agent biologique ;

- d'un accident résultant de la navigation aérienne, sauf en qualité de passager sur un avion de ligne commerciale régulière ou à bord d'un appareil muni d'un certificat valable de navigabilité et dont le pilote possède un brevet et une licence réglementaire ;

- De la pratique des activités suivantes :

- acrobaties aériennes,
- parachutisme, ULM, deltaplane, parapente ou engins similaires,
- essais, entraînements ou participation à des épreuves ou compétitions comportant l'utilisation de véhicules ou embarcations à moteur,
- raids sportifs,
- tentatives de records, paris de toute nature ;

- de cure de toute nature ;
- de la négligence, du défaut de soins ou de l'usage de soins empiriques sans contrôle médical (sauf cas de force majeure). Les garanties sont alors versées en fonction des conséquences que l'accident aurait eues sur une personne soignée dans les règles de l'art ;

- d'affections neurologiques, psychiatriques ou psychologiques ;

- Sont exclues les conséquences d'un accident vasculaire cérébral, d'un infarctus du myocarde, d'épilepsie ;

- Sont également exclus les hernies discales ou autres hernies, les lumbagos, sciatiques et affections dites « tours de reins », les infarctus quelle qu'en soit la cause, les affections coronariennes, les ruptures d'anévrisme, les embolies cérébrales, les hémorragies méningées, les névrites atteignant un nerf de la région traumatisée.



8. Territorialité

À l'exclusion de la garantie frais médicaux à la suite d'accident, les garanties s'exercent pour les accidents survenus :

- Dans les États membres de l'Union Européenne, et dans l'Outre-Mer
- Dans le monde entier, **à l'exception des pays présentant des risques pour les ressortissants étrangers et identifiés comme tels par la cellule de veille du Ministère des Affaires étrangères**, à l'occasion de la participation de l'Assuré à des compétitions et épreuves sportives, à des expositions, congrès et colloques ainsi qu'à l'occasion de voyages ou séjours d'études, stages et missions, autorisées ou organisées par la FF BILLARD, et dont la durée est inférieure à 90 jours consécutifs.

La garantie frais médicaux à la suite d'accident est accordée uniquement sur le territoire de la France métropolitaine.

9. Déclaration des sinistres

9.1. Modalités de déclaration des sinistres

L'Assuré doit fournir au courtier gestionnaire le Formulaire de Licence et le cas échéant, le Bulletin Individuel d'Adhésion facultative indiquant la nature des garanties souscrites.

Outre la déclaration d'accident individuelle selon le modèle FFB/ASSUREUR disponible auprès des Comités, le Souscripteur doit adresser les documents ci-après décrits :

- En cas de décès de l'Assuré : un certificat de décès et le cas échéant un certificat médical précisant le caractère accidentel du décès et les causes de celui-ci.
- En cas de blessures de l'Assuré : l'attestation médicale initiale reprise au verso de la déclaration d'accident individuelle mise à sa disposition.
- Si l'assuré est grièvement blessé : un certificat de prolongation précisant les raisons et la durée de ladite prolongation.
- Si l'Assuré est hospitalisé : un certificat précisant la date d'entrée et de sortie de l'hôpital.

Pour obtenir un règlement définitif :

- Pour le remboursement des frais médicaux, l'Assuré doit fournir les décomptes de Sécurité Sociale et/ou de tout autre régime de complémentaire santé pour évaluer la différence entre les frais garantis et ceux déjà remboursés.
- En cas d'invalidité permanente, une expertise médicale est diligentée pour déterminer le degré d'invalidité selon le barème d'invalidité déterminé par l'Assureur.

En cas d'incapacité temporaire de travail, il devra fournir un certificat d'arrêt de travail, un justificatif de perte de salaire délivré par l'employeur et un certificat de reprise de travail indiquant si la reprise est totale ou partielle.



9.2. Modalités de règlement des indemnités

Les indemnités sont payables en France et en euros comme suit :

Païement du capital décès

Le capital décès est versé au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) sur le Formulaire de Licence pour les garanties de base et sur le Bulletin Individuel d'Adhésion Facultative pour les garanties complémentaires, et à défaut ses ayants droits dès que l'Assureur a reçu, examiné et validé toutes les pièces reçues et éventuellement réclamées par celui-ci, dans un délai maximum de 30 jours à compter de la réception de la totalité des pièces requises à l'analyse du sinistre décès.

Païement du capital invalidité

Le degré d'invalidité est fixé dès qu'il y a consolidation de l'état de l'Assuré et au plus tard dans un délai de 3 ans à compter de la date de l'accident.

Le capital invalidité est versé à l'Assuré dès que l'Assureur a reçu, examiné et validé toutes les pièces reçues et éventuellement réclamées par celui-ci, dans un délai maximum de 30 jours à compter de la réception de la totalité des pièces requises à l'analyse du sinistre.

En cas d'invalidité permanente, si l'accord des parties sur le taux d'invalidité définitif n'est pas intervenu ou si la consolidation n'est pas survenue à l'expiration d'un délai d'1 an à compter de la date de déclaration du sinistre, des acomptes peuvent être versés sur demande de l'Assuré.

Remboursement des frais médicaux

A réception des décomptes de Sécurité Sociale et/ou de tout autre régime de complémentaire santé l'Assureur évaluera la différence entre les frais garantis et ceux déjà remboursés.

L'indemnisation viendra, s'il y a lieu, en complément des indemnités ou prestations de même nature qui pourraient être allouées à l'Assuré, s'il est affilié à un régime obligatoire ou tout autre régime de complémentaire santé sans qu'il puisse percevoir au total un montant supérieur à celui de ses débours réels.

9.4. Arbitrage

Une expertise médicale peut s'avérer nécessaire pour constater l'état d'incapacité de travail ou d'invalidité permanente. Dans ce cas, les honoraires du médecin que l'Assureur charge de réaliser cette expertise, sont réglés par ses soins.

Les conclusions de l'expertise sont notifiées à l'Assuré par lettre recommandée avec accusé de réception. Elles peuvent conduire l'Assureur à cesser, à refuser ou à réduire le versement de ses prestations.

En cas de contestation d'ordre médical portant sur les causes ou les conséquences du sinistre, le différend est soumis à une expertise.

Chacune des parties désigne un médecin. Si les médecins ainsi désignés ne sont pas d'accord, ils s'adjoignent un troisième médecin ; les trois médecins opèrent alors en commun et à la majorité des voix.

Faute par l'une des parties de nommer son médecin ou par les deux médecins de s'entendre sur le choix du troisième, la désignation est effectuée par le Président du Tribunal de Grande



Instance ou du Tribunal de Commerce du domicile du Souscripteur et/ou de l'Assuré.

Dans la troisième éventualité, la nomination a lieu sur simple requête de la partie la plus diligente, faite au plus tôt quinze jours après l'envoi, à l'autre partie, d'une lettre recommandée de mise en demeure avec avis de réception ; s'il y a lieu à désignation d'un troisième médecin, celle-ci est faite par le Président du Tribunal statuant en référé.

Chaque partie paie les frais et honoraires de son médecin et, s'il y a lieu, la moitié des honoraires du troisième médecin et les frais de sa nomination.

9.5. Subrogation

Après le paiement des sommes assurées en cas de décès, d'invalidité permanente ou d'incapacité temporaire aucun recours n'est possible contre le responsable du sinistre, conformément à l'article L131-2 du Code des assurances.

Il en va de même pour les autres garanties souscrites, à l'exception de la garantie des frais de traitement, pour laquelle, lorsqu'une indemnité a été versée, l'assureur est substitué dans les droits et actions de l'assuré jusqu'à concurrence de cette indemnité contre tout responsable du dommage.

Si par le fait de l'assuré cette subrogation ne peut s'opérer, la garantie de l'assureur cesse d'être engagée.

Ces dispositions ne s'appliquent pas, sauf en cas de malveillance, à son conjoint, ses descendants et ascendants, préposés, ainsi qu'à toutes personnes vivant habituellement au foyer de l'Assuré.

10. Vie de l'adhésion

10.1. Prise d'effet et durée des garanties

Les garanties prennent effet le jour de la réception du Formulaire de Licence pour les garanties de base et du Bulletin Individuel d'Adhésion Facultative pour les garanties complémentaires par la FF de Billard ou au jour de la saisie de la demande sur internet ou tout autre moyen (pour les adhésions pouvant être obtenues par ce canal).

L'adhésion au contrat doit se faire au moment du renouvellement de la licence fixé du 1er septembre de l'année N au 31 août de l'année N+1. L'adhésion n'est pas automatique et doit faire l'objet d'une nouvelle adhésion via un nouveau Formulaire de Licence pour les garanties de base et avec un nouveau Bulletin Individuel d'Adhésion Facultative pour les garanties complémentaires.

Cessation des garanties

Les garanties cessent à l'égard de l'Assuré en cas de réalisation du risque Décès ou d'Invalidité Permanente Totale ou en cas de non-renouvellement de la licence.



Droit aux prestations en cas de résiliation ou d'expiration du contrat

Les prestations cessent d'être dues à la date de prise d'effet de la résiliation lorsque le contrat fait l'objet d'une résiliation :

- par l'Assureur pour l'un des motifs suivants : non-paiement des cotisations, omission ou inexactitude dans les déclarations du risque à la souscription ou en cours de contrat,
- de plein droit en cas de retrait de l'agrément de l'Assureur.

Lorsque le contrat fait l'objet d'une résiliation pour un motif autre que ceux indiqués ci-dessus, les prestations sont dues jusqu'à la fin du traitement médical et au plus tard jusqu'à la consolidation.

10.2. Délai de renonciation

Fourniture à distance d'opérations d'assurance : constitue une fourniture d'opération d'assurance à distance, telle que définie par l'article L 112-2-1 du Code des Assurances, la fourniture d'opérations d'assurance auprès d'un Assuré, personne physique, qui agit en dehors de toute 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 ce contrat, utilise exclusivement des techniques de communication à distance jusqu'à, y compris, la conclusion du contrat.

Il est précisé que, conformément aux dispositions de l'article L 112-2-1 du Code des Assurances, les règles concernant la fourniture d'opération d'assurance à distance :

- ne s'appliquent qu'au premier contrat, pour les contrats à durée déterminée suivis d'autres contrats de même nature, échelonnés dans le temps, sous condition que pas plus d'un an ne se soit écoulé entre deux contrats ;
- ne s'appliquent qu'en vue et lors de la conclusion du contrat initial, pour les contrats renouvelables par tacite reconduction.

Si le contrat a été conclu à la demande du souscripteur en utilisant une technique de communication à distance ne permettant pas la transmission des informations précontractuelles et contractuelles sur un support papier ou sur un autre support durable, l'assureur ou l'intermédiaire doit exécuter ses obligations de communication immédiatement après la conclusion du contrat.

L'Assuré, personne physique, qui conclut à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle un contrat à distance, est informé qu'il dispose d'un délai de quatorze (14) jours calendaires révolus pour renoncer sur un support papier ou sur un autre support durable et ce, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalité.

Ce délai commence à courir soit à compter du jour de la signature des Conditions Particulières soit à compter du jour où le souscripteur reçoit les conditions contractuelles et les informations conformément à l'article L 121-20-11 du Code de la Consommation, si cette dernière date est postérieure à la première.

L'Assuré est informé que le contrat ne peut recevoir commencement d'exécution avant l'arrivée du terme de ce délai sans son accord.



L'Assuré, qui souhaite exercer son droit de renonciation dans les conditions susvisées, peut utiliser le modèle de lettre, inséré dans les présentes, dûment complété par ses soins :

« Je soussigné [Nom – Prénom], demeurant [Adresse du souscripteur], déclare renoncer, en application des dispositions de l'article L 112-2-1 du Code des Assurances, au contrat d'assurance [Numéro du contrat], souscrit le [Date de la signature des Conditions Particulières], par l'intermédiaire de [Nom de l'intermédiaire ayant commercialisé le contrat].

Date [À compléter] Signature [Assuré] »

À cet égard, l'Assuré est informé que, s'il exerce son droit de renonciation, il sera tenu au paiement proportionnel du service financier effectivement fourni, à l'exclusion de toute pénalité, soit un montant calculé selon la règle suivante : (montant de la cotisation annuelle figurant aux Conditions Particulières du contrat) x (nombre de jours garantis) / 365.

Par dérogation, ce droit de renonciation ne s'applique pas :

- aux polices d'assurance voyage ou bagage ou aux polices similaires à court terme d'une durée inférieure à un mois ;
- aux contrats d'assurance de responsabilité civile des Véhicules Terrestres à Moteur ;
- aux contrats exécutés intégralement par les deux parties à la demande expresse du souscripteur avant que ce dernier n'exerce son droit de renonciation.

11. Vie du contrat

11.1. Obligations du Souscripteur en cours de contrat

À la souscription du contrat

Le Souscripteur doit déclarer exactement, sous peine des sanctions prévues aux articles L 113-8 (nullité du contrat) et L 113-9 (réduction des indemnités) du Code des assurances, toutes les circonstances connues de lui et qui sont de nature à faire apprécier par l'Assureur les risques qu'il doit prendre en charge.

En cours de contrat

Le Souscripteur est obligé de déclarer, en cours de contrat, les circonstances nouvelles qui ont pour conséquence soit d'aggraver les risques, soit d'en créer de nouveaux et rendent de ce fait inexacts ou caduques les réponses faites à l'Assureur.

Le Souscripteur doit, par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique, déclarer ces circonstances à l'Assureur dans un délai de 15 jours à partir du moment où il en a eu connaissance.

Lorsque cette modification constitue une aggravation du risque au sens où si les circonstances nouvelles avaient été déclarées lors de la conclusion ou du renouvellement du contrat, l'Assureur n'aurait pas contracté ou ne l'aurait fait que moyennant une prime plus élevée (article L 113-4 du Code des assurances).



L'Assureur peut proposer :

- soit augmentation de cotisation. Si dans un délai de 30 jours à compter de la proposition de l'Assureur, le Souscripteur refuse cette proposition ou ne lui donne pas suite, l'Assureur peut résilier le contrat ;
- soit résilier le contrat. L'Assureur rembourse au Souscripteur la portion de cotisation afférente à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru. La résiliation prend effet 10 jours après notification au Souscripteur. Lorsque cette modification constitue une diminution du risque, le Souscripteur a droit à une diminution du montant de la cotisation. Si l'Assureur n'y consent pas, le Souscripteur peut dénoncer le contrat. La résiliation prend effet 30 jours après la dénonciation et l'Assureur rembourse au Souscripteur la portion de cotisation afférente à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru.

11.2. Résiliation du contrat

Comment résilier ?

- Par l'Assureur : lettre recommandée adressée à votre dernière adresse connue
- Par le Souscripteur : soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'Assureur, soit par acte extrajudiciaire, soit par lettre ou tout support durable, soit par le même mode de communication à distance utilisé pour la souscription du contrat, soit par tout autre moyen indiqué dans la police. Le destinataire confirme par écrit la bonne réception de la notification.

Dans quelles circonstances ?

1/ Par l'Assureur

- **A l'échéance annuelle (art L113-12 du Code des assurances)**
- Lorsque l'Assuré a souscrit à des fins professionnelles, l'Assureur peut résilier dans les conditions prévues à l'article L113-14 du Code des assurances en respectant le délai de préavis prévu au contrat
- **En cas de changement de situation de l'Assuré** (art L113-16 et R113-6 du Code des assurances). La résiliation doit être effectuée par lettre recommandée avec demande d'avis de réception
- **En cas de non-paiement de la prime** (art L113-3 du Code des assurances)
- **En cas d'aggravation du risque** (art L113-4 du Code des assurances)
- **En cas d'omission ou inexactitude dans la déclaration du risque à la souscription ou en cours de contrat** (art L113-9 du Code des assurances)
- **Après sinistre** (art R113-10 du Code des assurances)



2/ Par le Souscripteur

- A l'échéance annuelle (art L113-12 du Code des assurances) en respectant le délai de préavis du contrat
- En cas de hausse des cotisations
- En cas de changement de situation de l'Assuré (art L113-16 et R113-6 du Code des assurances)
- En cas de diminution du risque si l'Assureur ne consent pas à la réduction de cotisation correspondante (art L113-4 du Code des assurances)
- En cas de résiliation par l'Assureur d'un autre contrat après sinistre (art R113-10 et A 211-1-2 du Code des assurances)
- En cas de transfert de portefeuille de l'Assureur (art L324-1 du Code des assurances)

3/ Par l'héritier, l'acquéreur d'une part, ou l'assureur d'autre part

- En cas de décès ou transfert de propriété d'une chose (art L121-10 du Code des assurances)

4/ Par l'administrateur ou le liquidateur judiciaire

- En cas d'ouverture d'une procédure de sauvegarde, redressement judiciaire ou liquidation judiciaire (art L622-13, L631-14 et L641-11-1 du Code de commerce)

5/ De plein droit

- En cas de perte totale de la chose résultant d'un événement non garanti (art L121-9 du Code des assurances)
- En cas de retrait d'agrément ou liquidation judiciaire de l'Assureur (art L326-12 et L113-6 du Code des assurances)
- En cas de réquisition de propriété des biens assurés (art L160-6 et R160-9 du Code des assurances)

12. Cotisation

La cotisation d'assurance est fixée sur le Formulaire de Licence pour les garanties de base et au Bulletin Individuel d'Adhésion pour les garanties complémentaires.

La cotisation est payable par l'Assuré à la signature du Formulaire de Licence pour les garanties de base et du Bulletin Individuel d'Adhésion pour les garanties complémentaires.

13. Contrôle de l'Assureur

Dans tous les cas et à toute époque l'Assureur se réserve le droit de nommer le médecin expert de son choix, lequel aura pour mission de constater que l'état de santé de l'Assuré rentre effectivement dans le cadre des garanties définies au contrat. Le médecin mandaté par l'Assureur devra avoir libre accès auprès de l'Assuré et pourra se faire communiquer les documents qu'il jugera nécessaires.

À défaut, l'Assuré se trouvera déchu de tout droit à indemnité.

Il est bien entendu que les décisions prises par la Sécurité Sociale et les certificats médicaux nécessaires à la mise en œuvre des garanties sont inopposables à l'Assureur.



14. Déchéance

Si l'Assuré fait sciemment de fausses déclarations sur la nature et les clauses, circonstances et conséquences d'un sinistre, une déchéance de garantie pourra lui être opposée pour la totalité de ce sinistre.

15. Prescription

Conformément aux dispositions prévues par 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'événement qui y donne naissance. Par exception, les actions dérivant d'un contrat d'assurance relatives à des dommages résultant de mouvements de terrain consécutifs à la sécheresse-réhydratation des sols, reconnus comme une catastrophe naturelle dans les conditions prévues à l'article L.125-1, sont prescrites par cinq ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance,
- 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 contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

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 constituées par :

- toute demande en justice, même en référé, ou même portée devant une juridiction incompétente ;
- tout acte d'exécution forcée, ou toute mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ;
- toute reconnaissance par l'assureur du droit à garantie de l'assuré, ou toute reconnaissance de dette de l'assuré envers l'assureur.

Elle est également interrompue par :

- la désignation d'experts à la suite d'un sinistre ;
- l'envoi d'une lettre recommandée ou l'envoi d'un recommandé électronique, avec accusé de réception, adressés par :
 - l'Assureur à l'Assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime ;
 - l'Assuré à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.



Conformément à l'article L.114-3 du Code des assurances, 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.

16. En cas de réclamation

Le paragraphe ci-dessous précise les modalités d'examen des réclamations et le recours possible à la Médiation de l'assurance.

Comment adresser votre réclamation ?

Dans tous les cas, vous devez formaliser par écrit votre réclamation afin que nous puissions répondre au mieux à votre insatisfaction, et l'adresser :

A votre interlocuteur AXA habituel (ses coordonnées sont indiquées sur vos courriers et sur votre Espace Client en ligne) ou au service clients avec lequel vous êtes en relation, ou, à tout moment, au Service Réclamations en fonction de la nature du litige :

Pour les garanties d'assurance

- via le formulaire de contact sur axa.fr ou en ligne depuis votre Espace Client AXA
- ou par courrier, à l'adresse suivante :
AXA France – Service Réclamations – TSA 46 307 – 95901 Cergy-Pontoise Cedex 9

Nos engagements

Un accusé de réception vous sera adressé dans un délai maximum de dix jours.

Votre situation sera étudiée avec le plus grand soin et une réponse argumentée vous sera adressée dans un délai maximum de soixante jours.

La saisine du médiateur

Vous pouvez saisir le Médiateur de l'assurance :

- deux mois après votre première réclamation écrite, que vous ayez reçu une réponse ou non de notre part
- et, en tout état de cause, dans un délai maximum d'un an à compter de la date de votre première réclamation écrite.



Cette saisine peut se faire :

- par voie électronique sur le site mediation-assurance.org
- ou par courrier, à l'adresse suivante : Le médiateur de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09.

L'intervention du Médiateur est gratuite.

Le Médiateur formulera une proposition de solution dans un délai de 3 mois à réception de votre dossier complet.

Les deux parties, vous-même et AXA, restent libres de suivre ou non la proposition du Médiateur.

Vous conservez à tout moment la possibilité de saisir le tribunal compétent.



N° IDU : FR232655_03PSOH