

# Conditions générales du Contrat d'Assurance Sérénité Budget

## A. INTRODUCTION

Plusieurs termes et expressions ont des significations spécifiques au présent Contrat. À des fins de clarté, certains termes commencent par une majuscule et leur signification est expliquée à la section Définitions. Si Vous lisez un terme ou une expression commençant par une majuscule et avez des doutes quant à sa signification exacte, veuillez vous reporter à la section Définitions.

Les Conditions générales, restrictions et exclusions du Contrat, les Conditions Particulières et tout formulaire de souscription d'assurance constituent Votre Contrat d'assurance. Ces documents doivent être lus conjointement. Ces documents sont importants, veuillez donc les conserver en lieu sûr.

Le Plan d'Assurance Sérénité Budget inclut les versements d'Indemnités suivants:

- un versement unique en cas de Décès accidentel d'un Adulte assuré
- un versement unique en cas d'Hospitalisation en France d'un Adulte assuré résultant directement d'un Accident
- des indemnités couvrant chaque journée révolue suivant la Période Différée de Paiement en cas d'Incapacité d'un Adulte assuré résultant de Blessures corporelles résultant directement d'un Accident et certifiées par un Médecin
- un versement unique d'Indemnité d'Invalidité Totale et Permanente d'un Adulte assuré suivant un minimum de 12 versements d'Indemnité au titre de son Incapacité et justifiant d'un Certificat médical attestant son Invalidité totale permanente

Nous convenons de fournir la couverture d'assurance décrite dans le présent Contrat aux personnes assurées, sous réserve du paiement de la Prime à son échéance et Nous convenons de l'accepter.

*Nous Vous recommandons de réexaminer Votre couverture au moins chaque année afin de Vous assurer que le présent Contrat continue de répondre à Vos besoins.*

## B. DÉFINITIONS

Dans tous les cas où les termes ou expressions suivants apparaissent dans Votre Contrat, ils ont la signification qui leur est attribuée ici:

**ACCIDENT** désigne un évènement soudain, inattendu et malheureux survenant alors que le Contrat est en vigueur et provenant directement d'une cause extérieure et violente.

**LES ACTIVITÉS ORDINAIRES DU TRAVAIL** sont:

(a) l'incapacité pour un Adulte assuré de réaliser au moins trois (3) des activités suivantes:

- **marcher**: la capacité à marcher sur une distance de 200 mètres sur une surface plane sans s'arrêter en raison du manque de souffle, d'une angine de poitrine ou d'une sensation d'inconfort sévère, ceci sans l'assistance d'un tiers, mais pouvant inclure une aide appropriée, par exemple une canne
- **monter des escaliers**: la capacité à monter et à descendre un escalier de 12 marches à l'aide d'une rampe en marquant une pause
- **se pencher**: la capacité à monter dans une voiture de tourisme standard ou d'en sortir, ou la

capacité à se pencher ou à s'accroupir pour ramasser une tasse à café (ou tout objet similaire) puis à se redresser ceci sans l'assistance d'un tiers mais pouvant inclure une aide appropriée

· **communiquer**: la capacité à:

i. entendre clairement (avec l'aide d'un appareil auditif ou d'un autre dispositif habituellement utilisé) une conversation dans une salle calme, ou

ii. comprendre des messages simples, ou

iii. parler avec suffisamment de clarté

· **lire**: être en capacité, même à l'aide de lunettes ou de lentilles de contact, de lire un journal standard ou de réussir le test de vision standard pour la conduite. Être reconnu aveugle en totalité ou partiellement par un ophtalmologue agréé constituerait notamment une incapacité à cet égard

· **faire preuve de dextérité**: la capacité physique à utiliser ses mains et ses doigts pour s'exprimer par écrit en tenant un crayon, un stylo ou en utilisant un clavier d'ordinateur

· **être responsable et indépendant**: la capacité à prendre un rendez-vous chez le Médecin ou à prendre ses médicaments régulièrement tels que prescrit par un médecin généraliste ou un professionnel de la santé, et ce de manière autonome

· **régler ses achats de manière autonome**: la capacité à reconnaître la valeur transactionnelle de l'argent et à régler ses achats ou à vérifier sa monnaie

ou:

(b) l'Adulte assuré a subi une lésion cérébrale (confirmée par des examens neurologiques) qui a affecté ses capacités de raisonnement et de compréhension à un point tel qu'il lui est devenu impossible de se suffire à lui-même et d'accomplir les actes de la vie courante sans la surveillance et l'assistance permanente d'une tierce personne.

**ADULTE ASSURÉ** désigne le Souscripteur et le Conjoint du Souscripteur, si la couverture du Conjoint a été choisie et que la Prime correspondante a été payée.

**BÉNÉFICIAIRE** désigne la personne en droit de percevoir l'Indemnité en espèces en cas de Votre Décès accidentel. Sauf désignation par Vous d'une autre personne, il s'agira de votre successeur légal. En cas de Décès accidentel d'un Adulte assuré couvert par Votre Contrat, Vous serez le Bénéficiaire si Vous êtes encore en Vie.

**CONDITIONS PARTICULIÈRES** est le document qui fait partie intégrante de Votre Contrat; il comporte des informations importantes propres à Votre assurance.

**CONJOINT** désigne la personne ayant entre 18 et 64 ans à la Date de prise d'effet du Contrat et dont la Résidence principale est la même que la Vôtre, qui est mariée ou pacsée avec Vous ou vivant en union libre avec Vous depuis 12 mois consécutifs.

**CONTRAT** désigne les Conditions générales, restrictions et exclusions convenues entre Nous pour la fourniture de Votre couverture d'assurance. Le Contrat se compose des Conditions générales, restrictions et exclusions du Contrat, des Conditions Particulières et du formulaire de souscription d'assurance, le cas échéant. Ces documents doivent être lus conjointement.

**DATE DE MODIFICATION** est la date à laquelle des modifications ont été apportées à Votre Contrat.

**DATE DE PRISE D'EFFET** désigne le Jour, le mois et l'année auxquels Votre couverture débute, tel qu'indiqué dans les Conditions Particulières.

**DÉCÈS ACCIDENTEL** désigne le décès d'un Adulte assuré des suites directes d'un Préjudice corporel provoqué par un Accident.

**ÉTAT DE SANTÉ ANTÉRIEUR** désigne toute maladie, affection, état survenant de façon naturelle, processus dégénératif, état médical ou mental, blessure ou handicap physique pour lequel l'Adulte assuré a, à tout moment au cours des 2 années précédant la date de l'Accident:

- (a) reçu un traitement ou des avis médicaux; ou
- (b) a présenté des symptômes (ayant fait l'objet d'un diagnostic ou non).

**FRANCE** désigne les territoires métropolitains de la République française, dont la Corse, mais n'englobe pas les DOM et les TOM de la République française.

**HÔPITAL** désigne un établissement médical reconnu par les organismes d'assurance maladie obligatoires, disposant d'infrastructures chirurgicales et d'Hospitalisation et en mesure d'assurer des soins médicaux ainsi que la supervision par au moins un médecin 24 h/24.

**HOSPITALISATION / HOSPITALISÉ** signifie être admis à l'Hôpital en tant que patient interne en vue du Traitement nécessaire des Préjudices corporels résultant directement d'un Accident.

**INCAPACITÉ** désigne l'état d'un Adulte assuré ayant subi des Blessures corporelles résultant directement d'un Accident qui:

- l'empêchent lorsqu'il Travaille de poursuivre son Activité ou
- l'empêchent lorsqu'il Ne Travaille Pas d'exercer les Activités ordinaires du travail telles que définies précédemment

**INDEMNITÉ** désigne le montant à hauteur duquel l'Adulte assuré sont couverts dans le Contrat. L'indemnité en espèces est indiqué dans les Conditions Particulières.

**INFORMATIONS À CARACTÈRE PERSONNEL** désigne les données que Vous et d'autres individus inscrits sur le Contrat ont fournies.

**INVALIDITÉ TOTALE ET PERMANENTE** désigne l'état d'un Adulte assuré inapte à exercer une activité pour laquelle il est qualifié de par sa formation, ses connaissances ou son expérience professionnelle, et qui est susceptible de rester Inapte pour le restant de sa vie.

**JOUR** signifie 24 heures consécutives

**MÉDECIN** désigne un praticien dûment agréé et diplômé pour diagnostiquer et traiter les maladies et blessures.

**NE TRAVAILLE PAS** désigne un Adulte assuré qui, avant son Incapacité, avait choisi de rester au foyer ou qui n'exerçait aucune activité rémunérée ou non rémunérée et qui par conséquent ne travaillait pas en échange d'une quelconque rémunération.

**NOUS, NOS ou NOTRE** se rapporte à Stonebridge International Insurance Ltd., l'assureur du présent

Contrat.

**PÉRIODE DIFFÉRÉE DE PAIEMENT** désigne la période de 30 jours suivant le premier jour d'incapacité qui doit s'écouler avant que ne soit versée l'Indemnité et au cours de laquelle l'Adulte assuré doit présenter une Incapacité de manière continue.

**PRÉJUDICE CORPOREL** désigne un dommage corporel subi par un Adulte assuré des suites directes d'un Accident.

**PRIME** désigne les coûts, y compris les taxes et majorations, que Vous payez chaque mois pour Votre couverture en vertu du présent Contrat.

**RÉSIDENCE PRINCIPALE** désigne l'adresse principale où une personne vit, qu'elle a retenue comme son adresse principale et qui s'accompagne de documents officiels.

**RÉSIDENT** désigne une personne ayant une Résidence principale en France, vivant dans ce pays pendant au moins 7 mois sur chaque période de 12 mois et disposant d'un compte bancaire français valide ou d'une carte bancaire française valide ou d'un moyen de paiement que Nous avons accepté pour le paiement des Primes.

**SOUSCRIPTEUR** désigne la personne qui a souscrit le présent contrat d'assurance, qui paie la Prime et qui est légalement en droit de résilier le Contrat ou de modifier le niveau de la couverture.

**TRAITEMENT NÉCESSAIRE** désigne le traitement des Dommages corporels subis des suites directes d'un Accident et qui est conforme à la pratique médicale actuellement acceptée.

**TRAVAILLE** désigne le fait que l'Adulte assuré bénéficie d'un contrat d'emploi en cours ou a été déclaré comme travailleur indépendant pendant plus de 6 mois consécutifs avant la date de déclaration de toute Incapacité et qui perçoit un salaire ou une rémunération et paye les impôts applicables en France.

**VOUS, VOS et VÔTRE** désigne le Souscripteur.

### **C. QUI PEUT SOUSCRIRE AU PRÉSENT CONTRAT?**

**Pour continuer à souscrire au présent Contrat, Vous et Votre Conjoint (si cette personne est prévue dans la couverture) devez:**

- avoir entre 18 et 64 ans (inclus) à la Date de prise d'effet; et
- être Résident en France.

### **D. COUVERTURE**

#### **i) Décès accidentel**

Nous verserons au Bénéficiaire l'*Indemnité de Décès accidentel* telle qu'indiquée dans les Conditions Particulières si un Adulte assuré a subi un Décès accidentel n'importe où dans le monde pendant la période d'application du présent Contrat.

### **ii) Indemnités d'Hospitalisation en France**

Nous verserons au le Souscripteur d'assurance l'*Indemnité d'Hospitalisation en France* telle qu'indiquée dans les Conditions Particulières si un Adulte assuré est hospitalisé en France des suites directes d'un Accident.

### **iii) Indemnités pour incapacité**

Nous verserons au le Souscripteur d'assurance 1/30e de l'Indemnité pour Incapacité telle qu'indiquée dans les Conditions Particulières pour chaque journée révolue suivant la fin de la Période Différée de paiement.

### **iv) Indemnité pour Invalidité totale permanente**

Nous verserons au le Souscripteur d'assurance l'Indemnité d'invalidité totale permanente telle qu'indiquée dans les Conditions Particulières si un Adulte assuré est reconnu en état d'Invalidité totale et permanente et s'il a reçu un minimum de 12 versements d'indemnités pour Incapacité.

## **E. MODALITÉS DE LA COUVERTURE**

### **Valable pour toutes les Indemnités**

- **Le calcul des Indemnités payables sera celui en vigueur à la date de l'Accident**
- **Si le Décès accidentel survient dans les 90 jours à compter du moment où l'Adulte assuré a subi des Blessures corporelles, seule l'Indemnité pour Décès accidentel sera versée**
- **Les montants des Indemnités sont plafonnés par Accident. Ces montants maximums sont indiqués dans les Conditions Particulières**
- **Les montants des Indemnités sont plafonnés pour la durée de vie du Contrat d'assurance. Ces montants maximums sont indiqués dans les Conditions Particulières**
- **L'Adulte assuré doit être régulièrement suivi par un Médecin**
- **Ce Médecin doit exercer dans les limites de son agrément**
- **Ce Médecin doit être une autre personne que Vous, votre Conjoint, votre père, mère, enfant, frère ou sœur ou le père, la mère, l'enfant, le frère ou la sœur de votre Conjoint**

### **Indemnités pour Décès accidentel**

- **Le Décès accidentel doit survenir dans les 12 mois suivant la date de l'Accident**

### **Indemnités d'Hospitalisation**

- **L'Adulte assuré doit être hospitalisé en France dans les 90 jours à compter du jour de l'accident**
- **L'Hospitalisation doit être prescrite par un Médecin et l'Indemnité n'est versée qu'à partir du troisième jour consécutif d'hospitalisation**
- **Il est possible que nous fassions appel à des sociétés de contrôle et que nous demandions d'autres avis de médecins afin de déterminer si l'hospitalisation était:**
  - o nécessaire d'un point de vue médical; et**
  - o conforme aux normes reconnues par la profession en termes de qualité, de fréquence et de durée d'application des soins médicaux**
- **L'Adulte assuré hospitalisé doit recevoir le Traitement nécessaire sous la supervision**

professionnelle d'un Médecin

### **Indemnités pour Incapacité**

- L'Adulte assuré doit être déclaré Inapte au moins pour toute la durée de la Période Différée de paiement pour pouvoir réclamer des Indemnités pour Incapacité
- L'Incapacité de l'Adulte assuré doit être certifiée par un Médecin
- Toutes les Indemnités pour Incapacité seront versées mensuellement à terme échu pendant 12 mois maximum pour chaque période d'Incapacité
- Nous cesserons de verser des Indemnités pour Incapacité dans le cadre du présent Contrat pour chaque période d'Incapacité lorsque l'Adulte assuré:
  - o aura perçu le montant d'indemnités maximum payable par période d'Incapacité résultant de blessures corporelles Particulières telles qu'indiquées dans les Conditions Particulières
  - o lorsqu'il ne se trouve plus en état d'Incapacité
  - o s'il n'est pas en mesure de démontrer son Incapacité permanente
  - o s'il a plus de 65 ans; ou
  - o s'il décède

**Une période d'Incapacité résultant de blessures corporelles Particulières sera considérée comme période continue d'Incapacité si l'Accident survient dans les trois mois précédents la fin de la période d'Incapacité antérieure; dans ce cas aucune autre Période Différée de Paiement ne sera appliquée. Dans le cas contraire, cette période sera considérée comme une nouvelle période d'Incapacité et une nouvelle Période Différée de paiement s'appliquera.**

Toute Incapacité causée par des douleurs lombaires ou liées à des problèmes de dos sera couverte par votre Contrat si votre déclaration de sinistre est accompagnée de radiographies jointes démontrant l'existence d'une anomalie.

### **Indemnité pour Invalidité totale et permanente**

- L'Invalidité totale et permanente de l'Adulte assuré doit être certifiée par un Médecin
- L'Indemnité pour Invalidité totale et permanente sera versée après que l'Adulte assuré aura perçu les douze versements maximum d'Indemnités payables par période d'Incapacité résultant de Blessures corporelles Particulières
- Le montant d'Indemnisation maximum payable pour Invalidité totale permanente dans le cadre de ce Contrat est indiqué dans les Conditions Particulières
- Les Indemnités pour Invalidité totale et permanente ne sont plus versées après l'âge de 65 ans

### ***État de santé antérieur***

**Nous verserons une Indemnité à l'Adulte assuré uniquement si le Décès accidentel, l'Hospitalisation, l'Incapacité ou l'Invalidité totale et permanente résulte directement d'un Accident. L'État de santé antérieur sera pris en compte dans le calcul du montant de l'Indemnisation lorsque:**

- il est caractérisé par un handicap physique et que le niveau de ce handicap est aggravé par l'Accident
- l'État de santé antérieur constitue un facteur contribuant; ou
- l'État de santé antérieur de l'Adulte assuré contribue à augmenter la durée

**d'Hospitalisation, le cas échéant.**

**Un examen médical permettra de déterminer un pourcentage qui sera appliqué au calcul de l'Indemnité payable au titre du Contrat. Si le pourcentage calculé est inférieur à 25 %, Nous verserons l'intégralité de l'Indemnité. Nous obtiendrons les résultats de l'examen médical auprès de Votre Médecin. S'il n'est pas en mesure ou disposé à nous fournir les résultats de cet examen, Nous nous adresserons à un Médecin indépendant.**

#### **F. EXCLUSIONS DE LA COUVERTURE**

- **Nous ne verserons pas d'Indemnité à l'Adulte assuré si le Décès accidentel, l'Hospitalisation, l'Incapacité ou l'Invalidité totale permanente sont:**
- **Est dû à toute maladie ou infection, et au traitement médical qui lui est associé, sauf s'il s'agit des suites directes d'un Accident**
- **Est dû à un état survenant de façon naturelle, à un processus dégénératif ou à des troubles médicaux ou mentaux**
- **Est causé par un suicide, une automutilation ou toute action ou omission délibérée ou commise par imprudence susceptible de provoquer des blessures graves ou d'entraîner un décès, que la personne soit saine d'esprit ou non**
- **dus à des troubles mentaux ou neurologiques qui incluent le stress, l'anxiété ou la dépression**
- **Survient alors que la personne est sous l'influence ou l'emprise de drogues ou de médicaments, à moins que ces substances aient été prises conformément aux indications du fabricant ou d'un médecin agréé**
- **Pour conduite ou prise en main d'un véhicule sous l'influence ou l'effet de l'alcool et/ou avec un taux d'alcoolémie dans le sang/les urines supérieur au taux autorisé dans le pays dans lequel l'Accident se produit**
- **Résulte d'une participation, d'une tentative ou d'une complicité dans le cadre d'un acte illicite en vertu de la loi du territoire sur lequel l'Accident survient**
- **Résulte d'une guerre (que celle-ci soit déclarée ou non), d'une invasion, d'une action militaire ou de troubles civils ou intervient pendant l'exécution d'une mission, d'un entraînement ou d'une opération des forces armées**
- **Résulte d'une intervention médicale ou chirurgicale à moins que l'intervention n'ait été rendue nécessaire suite à un Accident**
- **Résulte d'une décision allant à l'encontre des avis médicaux**
- **dus à la grossesse ou à l'accouchement ou aux complications liées à l'un ou à l'autre**

**Aucune Indemnité ne sera versée si l'Hospitalisation:**

- **Est réalisée dans un établissement, ou dans une partie d'un établissement, désigné comme:**
  - o **un institut de cure, de désintoxication ou un sanatorium**
  - o **une maison de convalescence, de soins ou de soins infirmiers; ou**
  - o **un établissement qui dispense principalement des soins de garde, psychiatriques, palliatifs, éducatifs ou de rééducation; ou**
  - o **un établissement pour personnes âgées**
- **Concerne des soins et traitements ambulatoires, y compris la chirurgie ambulatoire ou l'observation ambulatoire effectuées dans un Hôpital**
- **Concerne une opération, un traitement ou un service qui n'est pas considéré comme**

**valide par un Ordre professionnel établi en France**

- **Concerne une opération, un traitement ou un service à caractère expérimental**
- **Concerne un traitement de rééducation qui peut être administré afin de rétablir toutes les capacités physiques ou mentales de l'Adulte assuré**
- **Survient dans un pays qui n'est pas la France**

## **G. PRISE D'EFFET DE VOTRE COUVERTURE**

La couverture débute à compter de la Date de prise d'effet. Toute modification de la couverture débute à compter de la Date de modification. Ces deux dates sont précisées dans Vos Conditions Particulières.

## **H. FIN DE VOTRE COUVERTURE**

**Une couverture spécifique en vertu de votre police peut se terminer dans certaines circonstances. Veuillez consulter la section E (Conditions de couverture) pour plus de détails.**

**Toutes les couvertures accordées en vertu du présent Contrat prennent automatiquement fin dans les circonstances suivantes, selon celle qui survient en premier:**

- **à la date de Votre décès**
- **à la date de renouvellement après votre 70e anniversaire**
- **lorsque l'Indemnité maximum payable indiquée dans les Conditions Particulières a été payée**
- **si Vous résiliez le Contrat**
- **si Nous résilions le contrat; ou**
- **si Vous cessez d'être Résident en France**

**Si votre Contrat couvre votre Conjoint, ce dernier cessera d'être couvert lorsque:**

- **il ne répondra plus à la description de la section Définitions**
- **il atteindra l'âge de 70 ans; ou**
- **l'Indemnité maximum payable indiquée dans les Conditions Particulières aura été payée**

## **I. PÉRIODE D'ASSURANCE ET DE RENOUVELLEMENT**

**Votre Contrat a une durée mensuelle et est renouvelé chaque mois civil entier après la Date de prise d'effet du Contrat, sous réserve que Vous payiez le montant des Primes établi dans les Conditions Particulières (ou au tarif en vigueur au moment du renouvellement suite à une notification préalable de Notre part) à la date d'échéance.**

**Nous nous réservons le droit de ne pas renouveler votre Contrat si vous ne payez pas la Prime d'ici la date d'échéance. Vous avez jusqu'à la prochaine date de renouvellement de Votre Contrat pour la régler pour autant que Vous continuiez de remplir les conditions du Contrat. Si elle n'est pas payée avant la prochaine date de renouvellement, Votre Contrat ne sera pas renouvelé. Si la Prime est payée avant la prochaine date de renouvellement de Votre Contrat, la couverture agira comme si la Prime avait été payée à la date d'échéance.**



## **J. PAIEMENT DE VOTRE PRIME**

La Prime mensuelle relative à Votre couverture est indiquée dans les Conditions Particulières de Votre Contrat. La Prime inclut la taxe sur les primes d'assurance applicable pour Vous, au taux de la taxe d'assurance en vigueur.

Vous commencez à payer pour Votre couverture à la date d'échéance de la Prime indiquée dans Vos Conditions Particulières; par la suite, Vous payez sur une base mensuelle le même jour de chaque mois.

**Nous avons le droit de résilier Votre Contrat si Vous ne payez pas la Prime d'ici la date d'échéance. Nous pouvons choisir de Vous écrire pour Vous informer du non paiement de la Prime si la Prime n'est pas payée dans un délai de 10 jours à compter de la date d'échéance. Vous disposerez ensuite de 30 jours supplémentaires pour effectuer le paiement à compter de la date d'envoi de la lettre recommandée. Si, à la fin de cette période, la Prime reste impayée, la couverture sera suspendue jusqu'au paiement de toutes les Primes dues. Si Vous avez payé toutes les Primes dues, y compris celles payables pendant la période de suspension de la couverture, la couverture sera rétablie à midi le lendemain du paiement de toutes les Primes. Si les Primes restent impayées, Nous aurons le droit de résilier Votre Contrat 10 jours après la fin de la période de 30 jours.**

**Vous devez Nous informer dès que possible, dans la mesure du raisonnable, de toute modification ayant pour effet qu'un Conjoint n'est plus éligible à la couverture de Votre Contrat afin d'éviter tout paiement excédentaire de Prime.**

*À noter: Vous pouvez être soumis au paiement d'autres frais en faveur de Votre prestataire de services de paiement. Veuillez contacter directement Votre prestataire de services de paiement pour toute question relative à ses frais.*

## **K. CONDITIONS DE RÉSILIATION DE VOTRE PART**

**Vous avez le droit de résilier le Contrat en contactant le Centre de Service Client dont les coordonnées figurent dans Vos Conditions Particulières.**

**Si, comme indiqué dans la section N.1 ci-dessous, Nous modifions Nos Conditions générales de Contrat et/ou Nos Conditions Particulières, et que Vous jugez les modifications inacceptables, Vous pouvez résilier le Contrat. Les modifications apportées aux Conditions générales et/ou aux Conditions Particulières ne seront pas valables si vous procédez à la résiliation avant la Date de modification indiquée dans Vos Conditions Particulières.**

**Si Vous résiliez le Contrat à tout autre moment, aucun remboursement de toute partie de Votre Prime ne sera effectué. Vous resterez couvert par le Contrat jusqu'à la fin de la période mensuelle. Aucune autre Prime ne sera alors due.**

## **L. CONDITIONS DE RÉSILIATION OU DE NON-RENOUVELLEMENT DE VOTRE CONTRAT DE NOTRE PART**

**Nous avons le droit de ne pas renouveler le Contrat à tout moment moyennant un préavis écrit d'au moins 30 jours envoyé à Votre dernière adresse connue afin de Vous laisser le temps et la possibilité d'organiser une couverture de remplacement si Vous le souhaitez.**

**Nous exposerons le motif du non-renouvellement ou de la résiliation dans Notre courrier. Les motifs valables incluent, sans s’y limiter:**

- **le non-paiement d’une Prime**
- **lorsque Vous êtes tenu, conformément aux conditions du présent Contrat, de coopérer avec Nous ou de Nous envoyer des informations ou des documents et que Vous ne le faites pas si bien que Notre capacité à traiter une modification ou à défendre Nos intérêts en est altérée de manière importante. Dans ce cas, nous sommes en droit de délivrer une lettre de résiliation et Nous résilierons Votre Contrat si Vous ne coopérez pas avec Nous ou ne fournissez pas les informations ou documents requis avant la fin de la période de résiliation de 30 jours**
- **lorsque, lors d’une déclaration de sinistre, Vous ou tout autre Adulte assuré refusez de vous soumettre à un examen médical que Nous réclamons**

## **M. COMMENT PRÉSENTER UNE DÉCLARATION DE SINISTRE?**

### **M-1. DÉCLARATION DE SINISTRE**

Pour déclarer un sinistre en vertu du Contrat, veuillez contacter le Centre de Service Clientèle et demander un formulaire de déclaration de sinistre. Nous vous demanderons des précisions et toute information jugée appropriée dont nous aurons besoin afin d’étudier la déclaration de sinistre.

Après réception du formulaire de déclaration de sinistre, Vous devrez le remplir et Nous le retourner accompagné des documents indiqués ci-dessous.

Lorsque c’est possible, le Souscripteur ou son représentant doit envoyer les documents suivants avec le formulaire de déclaration (liste non-exhaustive):

- Une copie des Conditions Particulières
- Les rapports médicaux de l’Hôpital
- Toutes les factures de soins médicaux ou de rayons x dont Vous disposez
- La copie de tout rapport officiel en relation avec l’Accident que vous avez pu obtenir, tel que le rapport de police ou un rapport des services de secours
- Des coupures de journaux, le cas échéant, ou toutes autres informations concernant l’Accident
- Une copie du rapport de l’Accident de travail fourni par la Sécurité sociale si l’Accident s’est produit au travail
- La preuve que l’Adulte Assuré qui a subi une blessure corporelle répond à la définition d’Adulte Assuré comme indiqué dans la Section B – Définitions. Par exemple une copie d’un certificat de naissance ou de mariage, ou une copie des documents d’adoption.

En outre, en cas de Décès accidentel:

- Une copie du certificat de décès
- Un certificat du Médecin indiquant la cause exacte du décès et le cas échéant, si l’état de santé antérieur de l’assuré a constitué un facteur contribuant au Décès accidentel
- Un document attestant du statut de Bénéficiaire (par exemple, une copie du certificat de naissance ou de mariage, une copie des documents d’adoption, une copie de votre carte d’identité, un document établi par le notaire de l’Adulte assuré décédé)

En outre, en cas d'Hospitalisation:

- Le rapport de sortie de l'Hôpital indiquant les dates et heures d'admission et de sortie de l'hôpital et le traitement reçu

En outre, en cas d'Incapacité: afin de Vous indemniser après la fin de la Période Différée de paiement et dans la limite de 12 versements, il faudra Nous faire parvenir:

- Tout document certifiant votre emploi, votre statut à la date de l'Accident, la durée de vos services et le versement de vos contributions à la Sécurité sociale
- Une déclaration du Médecin certifiant que l'état de l'Adulte assuré satisfait aux conditions mentionnées dans la définition des Activités ordinaires du travail
- La radiographie prouvant l'existence d'une anomalie au niveau lombaire lorsqu'il s'agit d'une déclaration de sinistre portant sur des douleurs lombaires ou liées à des problèmes de dos
- Toute correspondance avec des organismes officiels confirmant l'état d'Incapacité de l'Adulte assuré

En outre, en cas d'Invalidité totale permanente:

- Un document établi par le Médecin certifiant l'état d'Invalidité totale permanente de l'Adulte assuré

De plus, le Département des sinistres enverra avec le formulaire de déclaration de sinistre un questionnaire médical pour l'Adulte assuré, ou leurs représentants afin qu'il le remplisse avec le Médecin de son choix. Pour s'assurer de la confidentialité du questionnaire, ce Médecin devra fournir les informations demandées à propos de l'état médical de l'Adulte assuré et devra envoyer le questionnaire rempli dans une enveloppe distincte, sur laquelle figurera la mention «Confidentiel», à Notre médecin-conseil. Celui-ci transférera les conclusions à l'administration pour qu'une décision soit prise pour la déclaration de sinistre.

Dans tous les cas, Nous nous réservons le droit de demander tout document ou toute information que Nous considérons nécessaire pour prendre une décision eu égard à la déclaration de sinistre (notamment en ce qui concerne les documents que l'Adulte assuré, ou leurs représentants peuvent obtenir en faisant la demande auprès de l'Hôpital où le traitement a été administré) et de demander à l'Adulte assuré de se soumettre à un examen médical, à Nos frais.

**Si l'Adulte assuré refuse de se soumettre à un examen médical, la couverture sera automatiquement suspendue pendant une période de 60 Jours, à partir de la date de la demande d'examen, et le Contrat sera résilié à la fin de cette période.**

Le Souscripteur doit garder des copies de tous ces documents et Nous les envoyer par courrier recommandé. Nous renverrons tous les documents par courrier recommandé.

Afin d'assurer le traitement efficace de la déclaration, Nous nous réservons le droit de désigner un organisme tiers pour gérer les déclarations en Notre nom. Nous fournirons les informations et détails nécessaires lorsqu'une déclaration est déposée.

## **M-2. RÈGLEMENT DE SINISTRES**

Nous ne verserons l'Indemnité que si les certificats et autres justificatifs que Nous demandons sont remis sur demande.

La personne habilitée à déclarer un sinistre au titre de Votre Contrat sera le Souscripteur ou le représentant approprié du Souscripteur. Les coordonnées figurent dans Vos Conditions Particulières.

Une fois que Nous convenons de la pris en charge du sinistre, Nous verserons les Indemnités au Souscripteur, ou à son représentant approprié, dans les plus brefs délais et Notre engagement à l'égard de cette personne assurée cessera. Aucun intérêt n'est dû de Notre part sur les règlements de sinistres.

## **N. DISPOSITIONS GÉNÉRALES**

### **N-1. RÉVISION DES CONDITIONS DU CONTRAT**

Nous sommes en droit de modifier les Conditions générales et/ou les Conditions Particulières de Votre Contrat, moyennant un préavis écrit envoyé à Votre dernière adresse connue. Si Vous acceptez les changements, le présent Contrat restera en vigueur. Vous serez en mesure de résilier le Contrat si Vous n'acceptez pas les conditions révisées comme indiqué dans la section K.

Si Nous Vous faisons part de telles modifications, Nous en exposerons le motif, par exemple:

- nous adapter à des évolutions de la législation
- répondre à des exigences réglementaires
- refléter de nouvelles orientations du secteur et des codes de conduite qui relèvent les niveaux de protection des consommateurs
- répondre à des variations des taux d'imposition; ou
- refléter d'autres coûts légitimes ou des hausses ou baisses des Indemnités dans le cadre de la poursuite de la fourniture des services et Indemnités en vertu de Votre Contrat

### **N-2. MODIFICATIONS DU NOM OU DE L'ADRESSE DU SOUSCRIPTEUR**

**Vous devez Nous informer de toute modification de Votre adresse et/ou nom. Nous continuerons de communiquer avec Vous et à Vous envoyer des notifications sur Votre Contrat à votre dernière adresse connue et au nom auquel Vous êtes enregistré dans nos dossiers. Nous partirons du principe que toute communication et/ou notification au sujet de Votre Contrat envoyé à Votre dernière adresse connue a été reçue par Vous.**

### **N-2. DEVISE**

L'intégralité des Indemnités et des Primes sont payables en euros.

### **N-3. INFORMATIONS INCORRECTES, INCOMPLÈTES OU FAUSSES**

**Vous devez apporter un soin raisonnable pour répondre de manière exhaustive et précise aux questions que Nous posons lorsque Vous souscrivez ou apportez des changements à Votre Contrat ou encore lorsque vous présentez une déclaration de sinistre au titre de Notre Contrat. En cas de doute, veuillez Nous contacter.**

**Si les informations que Vous Nous fournissez sont incorrectes, incomplètes ou fausses:**

- Nous pouvons résilier Votre Contrat et refuser de régler tout sinistre
- nous pouvons ne pas régler le sinistre dans son intégralité; ou
- l'étendue de la couverture peut être affectée

#### **N-4. DROIT APPLICABLE, LANGUE ET COMPÉTENCE**

Le présent Contrat sera régi par le droit français. Vous et Nous convenons de nous soumettre à la compétence des tribunaux français pour trancher tout litige en vertu du ou en rapport avec le présent Contrat.

Sauf accord contraire, les Conditions générales et/ou Conditions Particulières et autres informations relatives au présent Contrat seront indiquées en français.

#### **N-5. MODE DE FONCTIONNEMENT DU FINANCIAL SERVICES COMPENSATION SCHEME (FSCS)**

Nous sommes couverts par le Financial Services Compensation Scheme (FSCS) britannique et Vous pouvez bénéficier d'une compensation de la part du FSCS si Nous ne sommes pas en mesure de répondre à Nos engagements à Votre égard. Ce système dépend du type d'activité et des circonstances du sinistre. De plus amples informations sur les régimes de compensation sont disponibles auprès du FSCS sur le site [www.fscs.org.uk](http://www.fscs.org.uk) ou par téléphone au +44 (0) 20 7741 4100.

#### **N-6. RÉCLAMATIONS**

Nous nous attachons à offrir un service approprié à Nos clients. Toutefois, il peut arriver que Vous ne soyez pas satisfait du service offert. Dans un tel cas, veuillez Nous aider à y remédier en contactant dans un premier temps Notre Centre de Service Client dont les coordonnées figurent dans Vos Conditions Particulières.

Nous essayerons toujours de régler Votre réclamation d'ici la fin du jour ouvrable suivant sa réception. S'il est peu probable que Nous parvenions à régler Votre réclamation dans ce délai, Nous Vous enverrons une lettre avec accusé de réception contenant un résumé détaillé de Votre réclamation et une estimation du délai nécessaire à son règlement. Dans l'éventualité peu probable où Nous n'avons pas réglé Votre réclamation dans un délai de 8 semaines, Nous vous expliquerons en détail la cause du retard et nous vous indiquerons clairement quand Nous prévoyons d'être en mesure d'aboutir à un règlement final.

Une lettre de réponse finale sera envoyée pour répondre pleinement à Vos préoccupations.

Si, après avoir suivi la procédure ci-dessus, Vous estimez que Votre réclamation n'est toujours pas réglée de manière satisfaisante, Vous êtes en droit de soumettre l'affaire à l'un des organismes suivants:  
Centre de Médiation et d'Arbitrage de Paris (CMAP)  
39 Avenue FD Roosevelt, 75008 Paris

Téléphone: 01 44 95 11 40  
Site Internet: [www.cmap.fr](http://www.cmap.fr)

Ou:  
Financial Ombudsman Service  
Exchange Tower, London E14 9SR Royaume-Uni.

Téléphone: +44 (0) 20 7964 0500  
Site Internet: [www.financial-ombudsman.org.uk](http://www.financial-ombudsman.org.uk)

## **N-8. DOUBLE ASSURANCE**

Veillez noter que sauf accord entre Nous, Vous n'aurez droit, à tout moment, à une couverture d'assurance qu'en vertu d'un seul Contrat.

## **O. NOTRE ADRESSE ET SUPERVISION**

Stonebridge International Insurance Ltd. est une compagnie d'assurance proposant des services d'assurance généralistes. Notre siège social est sis: 4th Floor, 7/10 Chandos Street, London, W1G 9DQ et Notre numéro d'immatriculation est 3321734.

Nous proposons nos services en France dans le cadre de la libre prestation des services. Nous sommes autorisés par la Prudential Regulation Authority et supervisés par la Financial Conduct Authority et la Prudential Regulation Authority au Royaume-Uni. Notre numéro d'immatriculation auprès de la FCA est 203188. Vous pouvez vérifier ces informations dans le Financial Services Register en Vous rendant sur le site Internet de la Financial Conduct Authority (FCA) [www.fca.org.uk/register](http://www.fca.org.uk/register) ou en contactant la FCA au numéro suivant: +44 (0) 20 7066 1000

## **P. PROTECTION DES DONNÉES**

Nous sommes le contrôleur des données de toutes les informations personnelles qui nous sont fournies sur le/la titulaire et d'autres personnes couvertes par la police ou la déclaration de sinistre (tel que défini dans European Union General Data Protection Regulations and any successor regulation (EU GDPR)) Il est de votre responsabilité de vous assurer que toutes les personnes nommées figurant sur la police savent qui nous sommes et comment leurs informations seront traitées.

Vos informations personnelles seront utilisées dans le but de fournir des services d'assurance pour décider si nous pouvons vous offrir une assurance pour administrer votre police et traiter les déclarations de sinistre.

Nous conservons les informations personnelles pendant la période nécessaire pour atteindre les objectifs énoncés ci-dessus et nous pouvons être tenus de conserver ces informations après la fin de votre police à des fins légales, réglementaires ou fiscales.

Nous faisons partie du groupe Embignell et nous pouvons partager vos informations personnelles avec le groupe Embignell, les réassureurs, les partenaires commerciaux et les agents pour aider à administrer les produits et services et respecter nos obligations réglementaires. Plus d'informations peuvent être trouvées dans notre politique de confidentialité qui peut être consultée en ligne à [www.embignell.com/privacy-policy](http://www.embignell.com/privacy-policy)

En vertu de la loi sur la protection des données, vous disposez de certains droits dont nous devons vous informer. Les droits dont vous disposez dépendent de la raison pour laquelle nous traitons et conservons vos informations.

Vous avez le droit de:

- accéder aux informations personnelles que nous détenons sur vous, ou sur toute autre personne

sur la politique

- corriger les informations personnelles que vous jugez inexactes ou pour mettre à jour les informations que vous pensez incomplètes
- faire supprimer des informations personnelles dans certaines circonstances
- nous restreindre le traitement des informations personnelles, dans certaines circonstances
- vous opposer au traitement des informations personnelles, dans certaines circonstances
- Se plaindre

Si vous souhaitez exercer l'un de vos droits ou pour toute question, nous avons un délégué à la protection des données dédié que vous pouvez contacter.

Coordonnées pour les contacter:

Par email: [dataprotection@embignell.com](mailto:dataprotection@embignell.com)

Par courrier: Équipe de protection des données, 39/51 Highgate Road, Londres NW5 1RT.

Les informations que vous avez demandées seront fournies dans un format adapté à vos besoins.

Si nous ne pouvons pas résoudre la réclamation à votre satisfaction et que vous êtes un résident d'un État de l'UE / EEE, vous avez également le droit de contacter votre autorité locale de protection des données aux coordonnées ci-dessous, qui est l'autorité de surveillance de votre État protégeant les droits de les personnes en vertu de la réglementation actuelle du RGPD de l'UE.

### **Autorité locale de protection des données**

Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés - CNIL

3 Place de Fontenoy

TSA 80715 – 75334 Paris, Cedex 07

Tel. +33 1 53 73 22 22

Fax +33 1 53 73 22 00

contact: <https://www.cnil.fr/en/contact-cnil>

Website: <http://www.cnil.fr/>

L'avis de protection des données complet peut être consulté en ligne à l'adresse [www.stonebridge-insurance.com/fr/---/Data-Protection/](http://www.stonebridge-insurance.com/fr/---/Data-Protection/) ou vous pouvez demander une copie en contactant le service client.