

.A) Conditions générales du Plan de Protection du Conducteur

.B) 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 du Plan de Protection du Conducteur, ses restrictions et exclusions, les Conditions générales d'assistance, 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.

Veuillez vous reporter à Vos Conditions générales d'assistance pour de plus amples informations sur les Services d'assistance fournis par DAS, incluant sans s'y limiter, leurs définitions, restrictions et exclusions.

Ce Contrat Plan de Protection du Conducteur prévoit les Indemnités suivantes:

- un versement unique dans le cas d'un Décès accidentel d'un Adulte assuré, dont le montant dépendra du type d'Accident ;
- un versement unique dans le cas de l'invalidité totale et permanente d'un Adulte assuré, dont le montant dépendra du type d'Accident ;
- un versement unique dans le cas du Décès accidentel ou de l'invalidité totale et permanente d'un Enfant assuré.

Nous convenons de fournir la couverture d'assurance décrite dans les présentes Conditions générales du Plan de Protection du Conducteur 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.

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 Décès accidentel du Souscripteur. Sauf indication contraire, si Vous spécifiez quelqu'un d'autre, il s'agira de Votre successeur légal. En cas de Décès accidentel d'un Adulte assuré et/ou d'un Enfant assuré couvert par Votre Contrat, si Vous êtes encore en vie, Vous serez le Bénéficiaire.

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 69 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 du Plan de Protection du Conducteur, leurs restrictions et exclusions, les Conditions générales d'assistance et les Conditions Particulières convenues entre Nous pour la fourniture de Votre couverture d'assurance. Le Contrat se compose des Conditions générales du Plan de Protection du Conducteur, de leurs restrictions et exclusions, des Conditions générales d'assistance, 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 ou d'un Enfant assuré des suites directes d'un Préjudice corporel provoqué par un Accident.

ENFANT ou ENFANTS désigne tous les Enfants de l'Adulte assuré d'un âge égal ou inférieur à 18 ans dont la Résidence principale est la même que la Vôtre, ou tous les Enfants de l'Adulte assuré d'un âge égal ou inférieur à 25 ans s'ils sont scolarisés à temps plein.

ENFANT ou ENFANTS ASSURÉ(S) désigne un ou des Enfant(s) si la couverture a été choisie et que la Prime correspondante a été payée.

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 ou l'Enfant 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, les départements et territoires français d'outre-mer, y compris la Corse.

INDEMNITÉ désigne le montant à hauteur duquel l'Adulte assuré et l'Enfant assuré sont couverts par le Contrat. Le montant de l'Indemnité est indiquée 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'incapacité de l'Adulte assuré ou de l'Enfant assuré le mettant dans l'impossibilité présumée définitive de se livrer à un travail ou à une occupation susceptible de lui procurer gain ou profit des suites directes d'un Préjudice corporel provoqué par un

Accident.

MÉDECIN désigne un praticien dûment agréé et diplômé pour diagnostiquer et traiter les maladies et blessures. Cette personne doit exercer dans les limites de son agrément. Le 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.

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

PRÉJUDICE CORPOREL désigne un dommage corporel subi par un Adulte assuré ou un Enfant 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.

VÉHICULE MOTORISÉ désigne un véhicule à essence, diesel, électrique ou équipé de façon similaire qui doit être immatriculé auprès du service de délivrance des permis dans la Zone de couverture pour être utilisé sur le réseau routier public, et pour lequel l'utilisateur doit avoir un permis.

VOUS, VOS et VOTRE désigne le Souscripteur.

ZONE DE COUVERTURE désigne la zone ou le territoire géographique où se produit le Décès accidentel et pour lequel le présent Contrat prévoit une couverture. Elle est indiquée dans les Conditions Particulières.

.C) 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 69 ans (inclus) à la Date de prise d'effet ; et
- être Résident en France

.D) D. COUVERTURE

.E) i) Décès accidentel causé par un accident de la circulation

Nous verserons l'Indemnité indiquée dans les Conditions Particulières au point *i. Décès accidentel causé par un accident de la circulation* dans le cas du Décès accidentel d'un Adulte assuré ou d'un Enfant assuré des suites directes d':

- une collision ou un accident d'un Véhicule motorisé sur la voie publique alors que le Véhicule motorisé est en mouvement et circule grâce à sa propre force motrice;
- un choc en tant que piéton avec un Véhicule motorisé sur la voie publique alors que le Véhicule motorisé est en mouvement et circule grâce à sa propre force motrice

.F) ii) Décès accidentel causé par tout autre accident

Nous verserons l'Indemnité indiquée dans les Conditions Particulières au point *ii. Décès accidentel causé par un autre accident* dans le cas du Décès accidentel d'un Adulte assuré ou d'un Enfant assuré qui n'est pas couvert en vertu du point *i. Décès accidentel causé par un accident de la circulation*.

.G) iii) Invalidité totale et permanente causée par un accident de la circulation

Nous verserons l'Indemnité indiquée dans les Conditions Particulières au point *iii. Invalidité totale et permanente causée par un accident de la circulation* dans le cas de l'Invalidité totale et permanente d'un Adulte assuré ou d'un Enfant assuré des suites directes de:

- une collision ou un accident d'un Véhicule motorisé sur la voie publique alors que le Véhicule motorisé est en mouvement et circule grâce à sa propre force motrice
- un choc en tant que piéton avec un Véhicule motorisé sur la voie publique alors que le Véhicule motorisé est en mouvement et circule grâce à sa propre force motrice

.H) iv) Invalidité totale et permanente causée par tout autre accident

Nous verserons l'Indemnité indiquée dans les Conditions Particulières au point *iv. Invalidité totale et permanente causée par un autre accident* dans le cas de l'Invalidité totale et permanente d'un Adulte assuré ou d'un Enfant assuré qui n'est pas couvert en vertu du point *iii. Invalidité totale et permanente causée par un accident de la circulation*.

.I) E. MODALITÉS DE LA COUVERTURE

Indemnités

- **Le niveau d'Indemnité sera celui qui s'applique à la date de l'Accident**
- **Les Indemnités d'Invalidité totale et permanente ne sont pas payables une fois que l'Adulte assuré atteint l'âge de soixante-cinq (65) ans**
- **Le montant des Indemnités sera réduit de 50 % lorsque l'Adulte assuré atteint l'âge de**

soixante-dix (70) ans

- **Accident de la circulation – Nous ne verserons les Indemnités qu'en vertu du point i) Décès accidentel causé par un accident de la circulation ou iii) Invalidité totale et permanente causée par un accident de la circulation. Aucune indemnité ne sera versée en vertu des deux points du contrat.**
- **Autres accidents – Nous ne verserons les Indemnités qu'en vertu du point ii) Décès accidentel causé par tout autre accident ou iv) Invalidité totale et permanente causée par tout autre accident. Aucune indemnité ne sera versée en vertu des deux points du contrat**

Période

- **Un Décès accidentel ou une Invalidité totale et permanente doit survenir dans les 12 mois suivant la date de l'Accident**
- **L'indemnité Invalidité totale et permanente n'est versée que si l'Adulte assuré ou l'Enfant assuré est en vie 90 jours après la date de l'Accident, sinon l'indemnité de Décès accidentel sera due.**

État de santé antérieur

Nous ne verserons l'Indemnité que si le Décès accidentel ou l'Invalidité totale et permanente est la suite directe de l'Accident. L'État de santé antérieur sera pris en compte en calculant le montant à payer dans les cas suivants:

- **lorsque l'État de santé antérieur est un handicap physique et que l'Accident augmente le niveau du handicap physique ;**
- **l'État de santé antérieur est un facteur contribuant au sinistre.**

Un examen médical sera converti en pourcentage et appliqué à l'Indemnité exigible. 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 fournir les résultats de cet examen, Nous demanderons à un Médecin indépendant de le faire.

.J) F. EXCLUSIONS DE LA COUVERTURE

Aucune Indemnité ne sera versée si un Décès accidentel:

- **est dû à toute maladie ou infection, 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

- 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
- survient alors que la personne conduit un véhicule 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

.K) 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.

.L) H. FIN DE VOTRE COUVERTURE

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 80ème anniversaire
- si Vous résiliez le Contrat
- si Nous résilions le Contrat ; ou
- si Vous cessez d'être Résident en France.

Si Votre Contrat inclut une couverture pour Votre Conjoint et/ou un Enfant assuré, Votre Conjoint ou Enfant assuré ne sera plus couvert lorsqu'il ne répondra plus à la description de la section Définitions.

Votre Conjoint ne sera plus couvert à compter du renouvellement après son 80ème anniversaire.

.M) 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 continuez 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.

.N) J. PAIEMENT DE VOTRE PRIME

La Prime mensuelle relative à Votre couverture est indiquée dans les Conditions Particulières de Votre Contrat.

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 ou Enfant assuré 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.

.O) K. CONDITIONS DE RÉSILIATION DE VOTRE PART

Vous avez le droit de résilier le Contrat à tout moment 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.

.P) 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**

.Q) M. COMMENT DÉCLARER UN SINISTRE ?

.R) M-1. DÉCLARATION DE SINISTRE

Pour déclarer un sinistre en vertu des points Décès accidentel ou Invalidité totale et permanente du Contrat, contactez le Centre de Service Clientèle et demandez un formulaire de déclaration de sinistre. Nous demanderons les précisions et toute information appropriée dont Nous aurons besoin afin d'étudier la déclaration de sinistre.

Pour déclarer un sinistre pour la Couverture d'assistance, reportez vous aux Conditions générales d'assistance de DAS.

Une fois que Vous avez reçu le formulaire de déclaration de sinistre, vous devez le remplir et Nous le renvoyer, accompagné des informations répertoriées ci-dessous.

Si possible, la Personne assurée doit envoyer avec le formulaire de déclaration de sinistre la documentation suivante (liste non exhaustive):

Pour les Décès accidentels:

- Une copie du certificat de décès
- Un Certificat médical indiquant la cause exacte du décès et, si possible, si un État de santé

antérieur était un facteur contribuant au Décès accidentel

Pour l'Invalidité totale et permanente:

- Un Certificat médical certifiant le niveau de l'Invalidité totale et permanente de la Personne assurée et, si possible, si un État de santé antérieur était un facteur contribuant à l'Invalidité totale et permanente

Pour les Décès accidentels et l'Invalidité totale et permanente:

- Une copie des Conditions Particulières
- Tous les certificats médicaux, rapports, radiographies et examens médicaux en Votre possession
- Une copie de tout rapport officiel en Votre possession, tel qu'un rapport de police sur l'accident
- Des coupures de presse, le cas échéant, ou toute autre information sur l'Accident
- Une copie du rapport d'accident du travail fourni par la Sécurité sociale du lieu où s'est produit l'Accident du travail
- Justificatif que l'Adulte assuré ou l'Enfant assuré victime du Décès accidentel répond à la définition d'Adulte assuré ou d'Enfant assuré tel que détaillé dans la Section B – Définitions. Par exemple un acte de mariage, un acte de naissance ou des papiers d'adoption
- Tout justificatif que Vous êtes le Bénéficiaire (par exemple une copie d'un acte de naissance ou de mariage, une copie des papiers d'adoption, une copie de votre carte d'identité, un document fourni par le notaire de l'Assuré décédé)

En outre, le Département des Sinistres enverra en même temps que le formulaire de déclaration de sinistre un questionnaire médical pour l'Adulte assuré, ou ses représentants, à faire remplir par le Médecin de son choix. Pour garantir la confidentialité, il sera demandé à ce Médecin de fournir les informations sur l'état médical de l'Adulte assuré et de remplir le questionnaire médical dans une enveloppe séparée avec la mention « Confidentiel », à Notre médecin. Notre médecin fera part de ses conclusions comme point d'administration pour qu'une décision soit prise concernant la déclaration de sinistre.

Dans tous les cas, Nous nous réservons le droit de demander tout document ou information que Nous considérons nécessaire pour prendre une décision concernant la déclaration de sinistre et, à Nos frais, pour obtenir un rapport sur toute documentation.

Le refus de l'Adulte assuré de se soumettre à un examen médical entraînera la suspension automatique de la couverture pendant une période de 60 jours à compter de la demande et le Contrat sera résilié à la fin de cette période.

Le Souscripteur doit conserver les copies de tous ces documents et Nous les envoyer en recommandé. Nous renverrons tous les documents en recommandé.

Pour assurer le traitement efficace de la déclaration de sinistre, Nous avons le droit de désigner une organisation tierce pour traiter les déclarations de sinistre en Notre nom. Nous fournirons les informations et les détails nécessaires lorsqu'une déclaration de sinistre est faite.

.S) 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 normalement le Souscripteur, le Bénéficiaire ou le représentant approprié du Souscripteur. Les coordonnées figurent dans Vos Conditions Particulières.

Une fois que Nous convenons de la prise en charge du sinistre, Nous verserons les Indemnités en espèces au Bénéficiaire 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.

.T) N. DISPOSITIONS GÉNÉRALES

.U) 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**

.V) 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.

.W) N-2. DEVISE

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

.X) 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**

.Y) 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 et autres informations relatives au présent Contrat seront indiquées en français.

.Z) 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 ou par téléphone au +44 (0) 20 7741 4100.

.AA) 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 ce 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

Ou:

Financial Ombudsman Service

Exchange Tower, London E14 9SR. Royaume-Uni.

Téléphone: +44 (0) 20 7964 0500

Site Internet: www.financial-ombudsman.org.uk

.BB) N-7. CHANGEMENT DE BÉNÉFICIAIRE

Nous ne serons pas tenus d'accepter ou d'être affectés par toute notification de fiducie, mise en gage ou transfert relatif au présent Contrat.

.CC) 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.

.DD) 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: 14th Floor, 33 Cavendish Square, London, W1G 0PW 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 ou en contactant la FCA au numéro suivant: +44 (0) 20 7066 1000

.EE) 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

FR DP FV1 Tcs FINAL v1.02 160221

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

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 inexacts 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

Représentant de l'Union Européenne ("UE")

Nous avons un représentant de l'UE que vous pouvez contacter pour toute question relative à cette police, afin d'exercer l'un des droits en vertu de la législation sur la protection des données, y compris : les demandes d'accès de la personne concernée, la correction de vos informations, réclamation.

Coordonnées:

Par Email: lenz@gielisch

Par courrier: GCM GmbH, Gielisch Claims Management, Ringstr. 9-11, 50996 Köln

Les renseignements que vous avez demandés seront fournis dans un format approprié pour répondre à vos exigences.

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

<https://www.stonebridge-insurance.com/fr/data-protection/> ou vous pouvez demander une copie en contactant le service client.