

NOTICE D'INFORMATION

applicable au contrat N°059 982 035 souscrit par **ARCELORMITTAL France** – Immeuble « Le Cézanne » - 6 rue André Campra - 93212 La Plaine Saint Denis Cedex agissant tant pour son propre compte que pour celui de ses filiales situées en France ayant choisi d'adhérer au contrat d'assurance

Dispositions Générales Réf. COM17744 – V03/16 - Allianz Pacifique Groupe

Titre 1. Introduction

Cette notice est remise à l'Assuré par le Souscripteur du contrat pour l'informer des garanties d'assurance souscrites par lui auprès d'Allianz, des montants de garantie ainsi que des formalités à accomplir en cas de sinistre.

Article 1. Assurés

L'ensemble des salariés employés en France par le Souscripteur y compris les salariés ayant un statut d'expatrié au sens de l'article L.762-1 du Code de la Sécurité sociale française (s'ils perçoivent une partie de leur rémunération en France) ainsi que les salariés ayant un statut de détaché au sens de l'Article L.761-1 de ce même code.

Article 2. L'étendue des garanties

Les garanties produisent leurs effets uniquement **au cours de la vie professionnelle d'un Assuré.**

Article 3. Date d'effet et durée du contrat

Les présentes garanties prennent effet le **01/02/2019**. Pour chaque Assuré, les garanties cessent de plein droit :

- à la date à laquelle le lien unissant l'Assuré au Souscripteur se trouve rompu, c'est-à-dire le jour où l'Assuré cesse de faire partie du groupe assurable ;
- à la date de résiliation ou de non renouvellement du contrat d'assurance ;
- dans tous les cas, à l'expiration de l'année d'assurance au cours de laquelle l'Assuré a atteint l'âge de soixante-quinze ans ;

Article 4. Définitions

Accident : Toute atteinte corporelle, non intentionnelle de la part de l'Assuré, provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure dont l'Assuré est victime, exclusivement durant sa vie professionnelle, après la date d'effet du contrat.

Sont également considérés comme un accident :

- Les lésions occasionnées par le feu, les jets de flammes et de vapeurs, les acides et corrosifs ainsi que le courant électrique,
- L'asphyxie par immersion ou par absorption non intentionnelle de gaz ou de vapeurs délétères
- Les morsures d'animaux
- Les piqûres d'insectes, ainsi que les inoculations infectieuses résultant de piqûres anatomiques, septiques ou venimeuses,
- les empoisonnements,
- Les atteintes de la foudre ou les accidents résultant des forces de la nature
- Les cas d'insolation et de congélation
- Les hernies de force, les lumbagos traumatiques et les efforts musculaires uniquement lorsqu'ils surviennent par le fait ou à l'occasion du travail et sont pris en charge par la Sécurité Sociale en tant qu'Accident de Travail.
- Les lésions corporelles résultant d'une agression, d'un attentat ou d'un acte de terrorisme dont l'Assuré serait victime, sauf s'il est prouvé qu'il a pris une part active comme auteur ou instigateur de ces événements,
- Les maladies professionnelles ou à caractère professionnel
- Les lésions corporelles résultant de traitements médicaux, d'opérations chirurgicales du fait des rayons X, du radium et d'autres corps radioactifs, lorsqu'ils sont la conséquence d'un traitement ou de soins nécessités par un accident garanti

Sont expressément garantis les accidents :

- Dont pourraient être victimes les Assurés en voulant sauver des personnes ou des biens,
- Consécutifs à l'utilisation dans le seul cadre garanti au contrat d'une voiture automobile avec ou sans conduite, y compris les véhicules à moteur à deux roues, quelle que soit leur cylindrée,
- Survenant au cours de déplacements effectués par tout moyen de transport terrestre ou maritime,
- Survenant à l'occasion de tous voyages aériens effectués comme simple passager tant à bord d'avions appartenant à des sociétés de transports aériens françaises ou étrangères agréées pour les transports publics de passagers, qu'à bord de l'avion appartenant à l'Assuré et autres avions privés ou de tourisme ou hélicoptères, sous réserve qu'il soit muni d'un certificat de navigabilité et piloté par une personne titulaire de la licence correspondante, étant précisé que si la bonne foi du passager a été surprise, l'Assureur ne pourra opposer aucune déchéance,
- Survenant à l'occasion de voyages effectués à bord d'hélicoptères des sociétés de transports agréées pour les transports publics de passagers, lorsque ces transports sont effectués ou non sur lignes régulières et en utilisant des hélicoptères qui ne sont pas ouverts à la circulation aérienne publique, sous réserve qu'il soit muni d'un certificat de navigabilité et piloté par une personne titulaire de la licence correspondante, étant précisé que si la bonne foi du passager a été surprise, l'Assureur ne pourra opposer aucune déchéance,
- Dont pourraient être victimes les Assurés lors de la pratique de sports aériens, hors pilotage,
- Survenant à l'occasion de voyages effectués à bord d'avions militaires ou appartenant à une administration publique,
- Résultant de la pratique de tous sports à titre amateur, y compris rallyes, concours, matches et paris,
- Résultant d'agressions, d'attentats, émeutes, mouvements populaires, insurrections, grèves, lock-out, actes de terrorisme, piraterie, sabotage, sous réserve que l'Assuré ne participe pas activement à ces événements.

Aggression : Tout acte de violence commis par un tiers sur l'Assuré ou toute contrainte exercée volontairement par un tiers en vue de déposséder l'Assuré.

Assureur : Allianz IARD, entreprise régie par le Code des Assurances, dont le siège social est située 1, Cours Michelet – CS 30051 – 92076 PARIS LA DEFENSE CEDEX. Société anonyme au capital de 991.967.200 euros. 542 110 291 RCS Nanterre

Attentat / Acte de terrorisme :

- L'emploi ou la menace d'emploi de la force, la violence à l'encontre des personnes ou des biens.
- La participation à la préparation d'un acte dangereux à l'égard des personnes ou des biens.
- Les actes ayant pour objet d'interrompre ou de dégrader un système électronique ou de communication, commis par toute personne ou groupe agissant ou non, au nom de toute organisation, gouvernement, pouvoir, autorité ou force militaire, ou en relation avec ces organismes, poursuivant l'objectif d'intimider, de contraindre ou de nuire à un gouvernement, à la population civile ou à l'une de ses composantes ou d'interrompre l'activité d'un secteur économique.
- L'ensemble des actes de violence sur des personnes ou des biens, commis par une organisation dans le but de créer un climat d'insécurité et de mettre en péril les institutions d'un gouvernement établi. Sont considérés comme actes de violence : les atteintes volontaires à la vie ou à l'intégrité de la personne, les enlèvements, les séquestrations, les détournements de tout moyen de transport, l'usage d'explosifs ou de tout autre type d'armes ou d'engins meurtriers ainsi que toute autre action assimilée.

Autorité administrative appropriée : Le ministère des Affaires étrangères ou une autorité similaire de la République française ou de l'état de nationalité de l'Assuré.

Autorité médicale habilitée : Praticien titulaire des diplômes requis dans le pays où il exerce et légalement habilité à la pratique de la médecine dans ledit pays.

Barème indicatif d'invalidité pour les accidents de travail : Les incapacités Permanentes seront réglées en évaluant les taux d'infirmités sur les bases du BAREME INDICATIF D'INVALIDITE POUR LES ACCIDENT DU TRAVAIL établi conformément à la loi du 30 Octobre 1946, suivant le Code de la Sécurité Sociale.

Bénéficiaire du capital en cas de décès : En cas de décès de l'Assuré, le capital est versé :

- en priorité au conjoint de l'Assuré non séparé judiciairement, ni dont le PACS est dissout à la date du décès de l'Assuré,
- à défaut, par parts égales entre eux, aux enfants de l'Assuré, légitimes, reconnus ou adoptifs, vivants ou représentés, nés ou à naître dans les trois cents jours,
- à défaut, par parts égales entre eux, aux parents de l'Assuré et, en cas de décès de l'un d'eux, au survivant pour la totalité,
- à défaut, aux héritiers de l'Assuré à proportion de leurs parts héréditaires.

L'Assuré peut, toutefois, par désignation particulière, indiquer un ou plusieurs bénéficiaires de son choix.

En cas d'invalidité permanente, le capital est versé à l'Assuré lui-même

Conjoint : L'époux ou l'épouse de l'Assuré, non divorcé, ni séparé de corps légalement - ou son compagnon ou sa compagne en cas de concubinage (article 515-8 du Code civil) ou de pacte civil de solidarité (article 515-1 du Code civil).

Consolidation : Date à partir de laquelle l'état de l'Assuré accidenté est considéré comme stabilisé du point de vue médical alors qu'il existe des séquelles permanentes.

Cotisation : Somme payée par le Souscripteur en contrepartie des garanties accordées par l'Assureur.

Déchéance : Perte des droits à garantie par l'Assuré qui n'a pas rempli une obligation ainsi sanctionnée par le contrat et qui ne justifie pas avoir été mis dans l'impossibilité d'agir par suite d'un cas de force majeure

Domicile : La résidence habituelle de l'Assuré dans son pays de domicile. L'adresse fiscale est considérée comme le domicile en cas de litige.

Damage corporel : Toute atteinte corporelle subie par une personne physique et les préjudices qui en résultent.

Enfant(s) à charge :

Les enfants à charge à la date du sinistre sont ceux reconnus à charge de l'Assuré par la réglementation fiscale ou pour lesquels l'Assuré verse une pension alimentaire par décision de justice.

Les enfants posthumes sont considérés comme enfants à charge. La mère devra déclarer son état de grossesse dès qu'elle sera en mesure de le faire, et produire un certificat médical constatant cet état, le supplément de capital correspondant sera versé à la naissance, sur présentation d'un bulletin de naissance.

Enlèvement : Tout événement ou série d'événements visant à la capture et à la détention par la force de l'Assuré contre son gré (**à l'exception de l'enlèvement d'un enfant mineur par un de ses parents**) dans le but d'obtenir une rançon sous forme d'argent, de biens ou de services.

Etranger ("à l'étranger") : Pays autre que celui où l'Assuré a son domicile.

Exclusion : Événement qui n'est pas garanti.

France : La France métropolitaine, les départements français d'Outre-Mer (DOM), les régions françaises d'Outre-Mer (ROM).

Franchise : La somme fixée forfaitairement au contrat et déduite par l'Assureur du montant de l'indemnité due à la suite d'un sinistre.

Franchise relative en cas d'infirmité permanente : La somme correspondant à un taux d'infirmité préalablement défini au Titre 2 « *Tableaux récapitulatifs des montants de garantie, des prestations et des franchises* » au-delà duquel l'indemnité est intégralement à la charge de l'Assureur. L'Assureur n'indemnise aucune infirmité dont le taux est inférieur ou égal au taux de la franchise relative fixée.

Guerre civile : Guerre entre citoyens d'un même pays. Répond à cette définition l'état de fait notoire qui est, par ses buts politiques, par l'importance des moyens militaires mis en œuvre, par l'ampleur du conflit et par le nombre de ses victimes, constitutif d'un état insurrectionnel armé d'une partie de la population contre le gouvernement.

Guerre étrangère : Conflit armé entre deux ou plusieurs états. Le fait de guerre n'est pas uniquement celui exécuté par des troupes régulières, dès l'instant qu'il est en corrélation avec des opérations de guerre bien établies.

Hospitalisation : Séjour imprévu, d'une durée supérieure à vingt-quatre heures consécutives ou à une nuit, dans un hôpital, une clinique ou un autre établissement de soins habilité à pratiquer des actes et des traitements auprès des personnes malades ou accidentées, possédant les autorisations administratives locales autorisant ces pratiques, ainsi que le personnel nécessaire, à la suite d'un accident (ou d'une maladie lorsque celle-ci est garantie).

Maladie : Toute altération de la santé entraînant une modification de l'état général constatée par une autorité médicale habilitée et dont l'Assuré est atteint alors que :

- le contrat d'assurance est en vigueur ;
- la maladie s'est manifestée pour la première fois pendant une mission garantie au titre de la présente notice d'information, sous réserve des délais d'attente.

Maladie professionnelle ou à caractère professionnelle

Maladie Professionnelle (MPI) ou à caractère professionnel (MCP), reconnue comme telle par la législation française sur les accidents du travail et par la Sécurité Sociale.

MPI : Maladie qui est la conséquence directe de l'exposition d'un salarié à une nuisance ou si elle résulte des conditions dans lesquelles il exerce son activité professionnelle.

La réparation est basée sur la présomption d'origine si la maladie est inscrite dans une liste restrictive (tableaux des maladies professionnelles) et si toutes les conditions inscrites dans ces tableaux sont remplies.

MCP : Maladie susceptible d'être d'origine professionnelle qui n'entre pas dans le cadre des tableaux de maladies professionnelles indemnisables (MPI) mais reconnue comme professionnelle même si elle ne remplit pas toutes les conditions des tableaux ou non inscrite dans les tableaux, et ce sous certaines conditions déterminées par la Sécurité Sociale.

Mouvement populaire : Manifestation violente, concertée ou non, de la foule, se caractérisant par le désordre, sans qu'il y ait forcément révolte contre l'ordre établi. Le mouvement populaire se situe entre l'émeute et le simple acte de malveillance. Il suppose un rassemblement mettant en échec les agents de l'autorité.

Nullité : Sanction dont le résultat consiste à priver le contrat d'existence. Le contrat est effacé comme s'il n'avait jamais existé. L'Assureur conserve les cotisations à titre de sanction de la déloyauté du Souscripteur et le Souscripteur rembourse les sinistres payés.

Nous : Allianz I.A.R.D, entreprise régie par le Code des Assurances, dont le siège social est située 1, Cours Michelet – CS 30051 – 92076 PARIS LA DEFENSE CEDEX. Société anonyme au capital de 991.967.200 euros. 542 110 291 RCS Nanterre.

Pays de domicile : Le pays dans lequel est située la résidence habituelle de l'Assuré. Sauf disposition contraire dans la présente notice d'information, le pays de domicile est situé en France.

Prescription : Période au terme de laquelle toute demande d'intervention auprès de l'Assureur n'est plus recevable.

Prise d'otage : La détention arbitraire de l'Assuré par des individus agissant en tant qu'agents ou avec l'accord tacite d'une autorité gouvernementale ou agissant au nom d'un groupe, d'une organisation ou d'insurgés.

Réclamation : Toute demande en réparation amiable ou contentieuse, formée par la victime d'un dommage ou ses ayants droit et adressée à l'Assuré ou à l'Assureur.

Résiliation : Cessation définitive du contrat, par décision de l'Assureur ou du Souscripteur.

Risque (déclaration, aggravation du risque) : Activités, personnes ou biens sur lesquels porte l'assurance et dont le Souscripteur déclare la nature et les caractéristiques.

Salaires annuels bruts (SAB) :

Il s'agit des salaires bruts sociaux tels que définis par l'art. L.242-1 du code de la Sécurité Sociale.

L'assiette servant au calcul des prestations est la somme des éléments suivants :

- 12 fois la rémunération brute de base soumise à cotisations URSAFF perçue au cours du mois précédent le Décès (ou l'arrêt de travail initial),

- Les éléments variables soumis à cotisation URSAFF (prime diverses, incidences jours fériés, 13ème mois...) perçus au cours des 12 derniers mois, à l'exception des indemnités et prime versées à l'occasion du départ de l'entreprise.

Ce traitement sera éventuellement reconstitué en cas de réduction ou de suppression pour cause de maladie ou de chômage partiel ou technique.

Sinistre : La réalisation d'un événement prévu au contrat.

Souscripteur : Le preneur d'assurance, personne morale qui souscrit le contrat d'assurance et qui est domicilié en France.

Subrogation : Substitution de l'Assureur à l'Assuré aux fins de poursuite contre le responsable du dommage indemnisé par l'Assureur.

Tacite reconduction : La tacite reconduction entraîne la poursuite du contrat aux mêmes conditions

Vie privée : L'ensemble des périodes de la journée qui ne répond pas à la définition de la Vie professionnelle.

Vie professionnelle (y compris mission) :

La période de la journée pendant laquelle un Assuré exerce une activité salariée ou rémunérée sous la subordination effective du Souscripteur.

Entre dans cette période :

- le temps de trajet, au sens de l'article L441-2 du Code de la Sécurité Sociale, de l'Assuré pour se rendre directement sur les lieux de son activité et pour rentrer directement à son domicile habituel;
- le temps durant lequel il effectue un déplacement professionnel pour le compte du Souscripteur. Cette période de temps débute à partir du moment où l'Assuré sort de son lieu de travail habituel ou de son domicile dans le but d'effectuer ledit déplacement professionnel, et prend fin dès son retour à l'un de ces lieux.

Il est convenu que sont couverts durant cette période :

- la totalité des journées y compris jours fériés, jours de fin de semaine, que l'Assuré pourrait passer à l'étranger et en France alors qu'il est en déplacement professionnel pour le compte du Souscripteur.
- les séminaires, congrès et voyages dans le cadre d'un déplacement professionnel, pour autant qu'il ne s'agisse pas de périodes de congés payés ou de réduction du temps de travail.

Vous : Le souscripteur du contrat d'assurance n° 59 982 035, et pour l'application des garanties, les personnes ayant qualité d' « Assuré ».

Titre 2. Tableaux récapitulatifs des montants de garantie et des franchises

Ils figurent aux annexes jointes à la présente notice d'information.

- Annexe - Module « Essentiel »

Titre 3. Engagements de l'assureur

MONTANT MAXIMUM PAR PERSONNE :

Le capital maximum garanti sur la tête d'un Assuré en cas de Décès ou d'Infirmité Permanente ne pourra en aucun cas excéder la somme de :

..... **1.200.000 EUR (Un million deux-cents-mille euros)**

MONTANT MAXIMUM PAR EVENEMENT :

Si plusieurs personnes assurées sont accidentées lors d'un même événement garanti, le montant total des indemnités versées n'excédera en aucun cas la somme de :

..... **31.000.000 (trente-et-un millions) EUR**

..... **limité à 12.500.000 (douze millions cinq-cents-mille) EUR en Risques de Guerre**

Si le contrat doit intervenir en faveur de plusieurs Assurés, victimes d'un même accident garanti, causé par un même événement, et que le cumul des capitaux décès et infirmité permanente excède la somme indiquée ci-dessus, l'engagement de l'Assureur est en tout état de cause limité à cette somme pour le montant global des capitaux Décès et Infirmité permanente par accident versé aux Assurés victimes d'un même accident, les indemnités étant réduites et réglées proportionnellement au nombre de victimes.

Titre 4. Garanties

Module « Essentiel »

Article 5. Décès par accident

En cas de décès accidentel de l'Assuré survenant immédiatement ou dans un délai de vingt-quatre mois des suites d'un accident garanti, l'Assureur verse au bénéficiaire le capital dont le montant figure au Titre 2 « Tableaux récapitulatifs des montants de garantie et des franchises » de la présente notice d'information.

La disparition officiellement reconnue, du corps de l'Assuré, en application des articles 112 et suivants du Code civil, après examen par l'Assureur de toutes les preuves et justifications disponibles, crée une présomption de décès à l'expiration du délai de 365 jours à compter du jour de l'accident présumé. Cependant, s'il est constaté à quelque moment que ce soit après le versement au bénéficiaire du capital garanti au titre de la disparition de l'Assuré, que ce dernier est encore vivant, toute somme versée à ce titre doit être intégralement remboursée à l'Assureur. La preuve du décès est apportée par la production d'un acte de décès ou d'un jugement déclaratif de décès, que ce jugement soit définitif ou non. Dans ce dernier cas, le capital Décès est le montant prévu au Titre 2 « Tableaux récapitulatifs des montants de garantie et des franchises » de la présente notice d'information au jour de la date présumée de disparition.

Article 6. Infirmité permanente par accident

Lorsqu'un Assuré est victime d'un accident garanti et qu'il est médicalement établi qu'il persiste une infirmité permanente partielle ou totale, l'Assureur verse à l'Assuré le capital obtenu en multipliant le montant du capital fixé au titre de la présente notice d'information par le taux d'infirmité de l'Assuré.

Ce taux est défini, conformément au barème d'infirmité indiqué au Titre 2 « Tableaux récapitulatifs des montants de garantie et des franchises » de la présente notice d'information. Toutefois, l'indemnité ayant un caractère forfaitaire et contractuel, il n'est jamais tenu compte de l'âge, des aptitudes, de la qualification professionnelle, de la profession ou des possibilités de reclassement de l'Assuré victime de l'accident. Le degré d'infirmité est fixé dès qu'il y a consolidation de l'état de l'Assuré et, au plus tard, sauf dispositions contraires prises d'un commun accord entre l'Assuré et l'Assureur, à l'expiration du délai d'un an à compter du jour de l'accident. Il est en outre précisé que l'Assuré, victime d'un accident indemnisé au titre de la législation sur les accidents du travail, ou de toute autre législation équivalente dans un pays autre que la France, ne pourra prétendre à une révision du taux d'infirmité permanente fixé par le médecin expert de l'Assureur, et pour lequel il aura donné son accord et perçu le capital correspondant, même dans le cadre d'une révision à la hausse ou à la baisse du taux accordé par la Sécurité sociale ou tout autre organisme similaire.

Toutefois si, dans un délai de six mois après l'accident garanti, la consolidation des blessures de l'Assuré n'est pas intervenue et qu'il s'avère que l'infirmité permanente, dont l'Assuré restera atteint, est au moins égale à 30 % après expertise par le médecin conseil de l'Assureur, celui-ci verse à l'Assuré, à sa demande expresse, une avance sur indemnité égale à 10 % du capital garanti en cas d'infirmité permanente totale. Cette avance sera déduite du règlement final du sinistre. Lorsqu'un même accident entraîne plusieurs infirmités distinctes, l'infirmité principale est d'abord évaluée dans les conditions prévues ci-dessus, les autres infirmités étant ensuite estimées successivement, proportionnellement à la capacité restante après l'addition des précédentes. L'incapacité fonctionnelle absolue d'un membre ou organe est assimilée à la perte de ce membre ou organe. La perte de membres ou organes hors d'usage avant l'accident ne donne lieu à aucune indemnité. Si l'accident affecte un membre ou organe déjà infirme, l'indemnité est déterminée par différence entre l'état antérieur et postérieur à l'accident. En aucun cas, l'évaluation des lésions consécutives à l'accident ne peut être augmentée par l'état d'infirmité de membres ou organes que l'accident n'a pas intéressés. Les troubles nerveux et les lésions nerveuses ne peuvent être pris en considération, pour autant qu'ils constituent la conséquence d'un accident garanti, que s'ils se traduisent à l'examen par des signes cliniques nettement caractérisés.

Titre 5. Extensions spécifiques de garanties accordées

Article 7. **Risques atomiques et radiations ionisantes**

Sont garantis les dommages corporels consécutifs aux risques atomiques et aux radiations ionisants lorsqu'ils sont directement liés à l'activité professionnelle de l'Assuré pendant la durée des garanties de la présente notice d'information

Article 8. **Risques de guerre**

Les garanties sont étendues aux accidents occasionnés par la Guerre Civile ou Etrangère, déclarée ou non, dans le pays de domicile de l'Assuré ainsi que dans les pays étrangers où se trouve l'Assuré, **sauf s'il y prend une part active.**

Titre 6. Dispositions spécifiques accordées

Article 9. **Dispositions complémentaires concernant la maladie professionnelle**

Seule est susceptible d'être instruite par nous, la maladie professionnelle déclarée auprès de la Caisse d'Assurance Maladie et reconnue comme telle par la Sécurité Sociale.

Dans ce cas, elle donne lieu au versement du capital forfaitaire prévu au titre de la présente notice d'information, sous réserve de ses garanties et de ses exclusions.

La date d'ouverture du dossier par la Sécurité Sociale est considérée comme la date de survenance du sinistre au sens de la présente notice d'information.

Il est expressément convenu qu'une maladie professionnelle est prise en charge par nous en fonction de la date d'ouverture par la Caisse d'Assurance Maladie, sachant que seuls les sinistres déclarés dont la date d'ouverture par la Sécurité Sociale est faite durant la validité du contrat d'assurance sont susceptibles d'être pris en compte par nous, sous réserve du respect des modalités de déclaration de sinistre prévues ci-après

Éléments complémentaires à nous communiquer en cas de sinistre :

Outre les éléments requis figurant à l'article 13, vous ou l'Assuré, devez nous communiquer tout justificatif ou document demandé par nous, et notamment :

- une attestation émise par la Sécurité sociale sur laquelle figure la date de déclaration auprès de la Caisse d'Assurance Maladie
- le certificat médical initial
- le document officiel sur lequel la Sécurité sociale reconnaît le caractère professionnel de la maladie et/ou reconnaît le décès comme étant consécutif à la maladie professionnelle de l'Assuré.

Dispositions en cas de résiliation du contrat d'assurance.

Il est expressément convenu qu'une maladie professionnelle est prise en charge par nous en fonction de la date d'ouverture par la Caisse d'Assurance Maladie, sachant que seuls les sinistres déclarés dont la date d'ouverture par la Sécurité Sociale est faite durant la validité du contrat d'assurance sont susceptibles d'être pris en compte par nous, sous réserve du respect des modalités de déclaration de sinistre prévues ci-après

Dispositions en cas d'aggravation de la maladie professionnelle

Par dérogation partielle aux termes de l'article 6, précisant qu'un Assuré victime d'un accident indemnisé au titre de la législation sur les Accidents du Travail ne pourra prétendre à une révision du taux d'infirmité permanente fixé par notre médecin expert, il est convenu qu'en cas de maladie professionnelle évolutive exclusivement ayant déjà fait l'objet d'une indemnisation durant la validité du contrat d'assurance, nous procédons à la réouverture du dossier et si besoin à un complément d'indemnisation, dans la limite du capital maximum prévu à la présente notice d'information, s'il s'avère que cette aggravation est retenue par la Sécurité sociale comme en lien direct et certain avec la maladie professionnelle initialement garantie et sur la base du taux définitif retenu, validé par notre médecin expert.

Disposition en cas de rupture de contrat de travail

Nous maintenons aux salariés, jusqu'à la liquidation de leurs droits à la retraite, le bénéfice des garanties de la présente notice d'information selon les dispositions prévues ci-avant.

Cette disposition deviendrait caduque si le contrat d'assurance venait à être résilié par vous ou par nous.

En cas de rupture du contrat de travail d'un Assuré, la couverture du risque professionnel cesse ipso facto à la date de fin de contrat de travail de l'Assuré.

Il est précisé que cette disposition ne peut en aucun cas être contraire aux dispositions prévues à l'article 14 de l'ANI., dès lors qu'il s'applique.

Toutefois, nous maintenons à vos ex-salariés, dont le contrat de travail est rompu, jusqu'à la liquidation de leurs droits à la retraite, le bénéfice des garanties de la présente notice d'information, si le sinistre est survenu durant l'exercice de leur activité professionnelle au sein du « Groupe » alors que le contrat d'assurance était en vigueur (accident survenu alors que l'intéressé était toujours lié par un contrat de travail avec une entité assurée au titre de la présente notice d'information par ArcelorMittal en France ou maladie professionnelle contractée sous l'empire d'un tel contrat de travail) lorsque, à la date de la rupture, leur état de santé n'ouvrait pas droit aux prestations assurées au titre de la présente notice d'information. Cette disposition deviendrait caduque si le contrat d'assurance venait à être résilié par vous ou par nous.

Article 10. **Autre disposition spécifique**

Le contrat d'assurance ne produit aucun effet :

- lorsqu'une interdiction de fournir un contrat ou un service d'assurance s'impose à nous du fait de sanction, restriction ou prohibition prévues par les conventions, lois ou règlements, y compris celles décidées par le Conseil de sécurité des Nations Unies, le Conseil de l'Union européenne, ou par tout autre droit national applicable,
- lorsque les biens et/ou les activités assurés sont soumis à une quelconque sanction, restriction, embargo total ou partiel ou prohibition prévus par les conventions, lois ou règlements, y compris ceux décidés par le Conseil de sécurité des Nations Unies, le Conseil de l'Union européenne, ou par tout autre droit national applicable. Il est entendu que cette clause ne s'applique que dans le cas où le contrat d'assurance, les biens et/ou activités assurés entrent dans le champ d'application de la décision de sanction restriction, embargo total ou partiel ou prohibition.

Titre 7. Non-cumul des indemnités

Aucun accident ne peut donner droit simultanément au versement des capitaux en cas de décès par accident et d'infirmité permanente par accident. Dans le cas où, après avoir perçu une indemnité résultant de l'infirmité permanente totale ou partielle consécutive à un accident garanti, l'Assuré vient à décéder dans un délai de deux ans des suites du même accident, l'Assureur verse au bénéficiaire le capital prévu en cas de décès par accident après déduction de l'indemnité déjà versée au titre de l'infirmité permanente.

Ce délai de deux ans ne s'applique pas dans le cas de Maladie Professionnelle évolutive, pour lequel le délai est porté à dix ans.

Titre 8. Exclusions Particulières

Article 11. **Ce que nous ne garantissons pas**

Sont toujours exclus :

1. Les conséquences du suicide ou de la tentative de suicide, ainsi que de l'aliénation mentale de l'Assuré
2. Les accidents subis par l'assuré lorsqu'il conduit un véhicule avec ou sans moteur sous l'empire d'un état alcoolique caractérisé par la présence dans le sang d'un taux d'alcoolémie supérieur au taux maximum autorisé par la réglementation en vigueur dans le pays où

s'est produit l'accident. En l'absence de réglementation dans le pays où s'est produit l'accident, c'est la réglementation française qui s'applique.

3. Les accidents causés par l'utilisation de stupéfiants, sauf si ceux-ci ont été prescrits par une autorité médicale habilitée.
4. Les accidents occasionnés par la pratique ou l'enseignement par l'Assuré d'un sport à titre professionnel.
5. Les accidents survenant lors de l'utilisation par l'Assuré, en tant que pilote, de tout engin ou appareil aérien.
6. Les accidents causés intentionnellement par l'Assuré ou le bénéficiaire.
7. Les infirmités étrangères à l'accident, et les maladies, à l'exception des maladies professionnelles ou à caractère professionnel telles que définies à la présente notice d'information.
8. La surdité ou l'apoplexie, même si elles sont reconnues comme une maladie professionnelle
9. Les conséquences d'une crise d'épilepsie ou de delirium tremens, d'une rupture d'anévrisme, d'une embolie cérébrale, d'une hémorragie méningée ou d'un infarctus du myocarde, sauf s'il est établi médicalement que ce dernier est directement consécutif à un accident.

Titre 9. Les Principes applicables en cas de sinistres

Article 12. En cas de survenance d'un sinistre

Dès qu'ils constatent la survenance d'un événement susceptible d'entraîner la garantie du contrat, l'Assureur et l'Assuré doivent prendre toutes dispositions utiles pour limiter l'importance des dommages, éviter leur aggravation et préserver tout droit à recours.

L'Assuré doit :

- informer l'Assureur dès qu'il a connaissance du sinistre et au plus tard dans les cinq jours ouvrés à compter du lendemain du jour où il en a connaissance, sauf cas fortuit ou de force majeure,
- communiquer à l'Assureur dans le plus bref délai tous documents nécessaires à l'expertise,
- prendre toutes mesures utiles à la constatation des dommages.
- indiquer dans sa déclaration :
 - Le numéro complet du contrat,
 - La date, la nature, les circonstances et les causes connues ou supposées du sinistre,
 - Les conséquences prévisibles, le montant approximatif du sinistre,
 - Si l'Assuré était garanti uniquement durant les missions, une attestation écrite du souscripteur certifiant que celui-ci se trouvait bien en mission pour son compte au moment du sinistre,
 - Le procès-verbal de police ou de gendarmerie ou tout autre rapport des autorités locales établissant les circonstances du sinistre ou, à défaut, les coordonnées du procès-verbal établi ou de la main courante,
 - En cas d'accident de la circulation, la qualité de conducteur ou de passager de l'Assuré,
 - Les références des autres contrats susceptibles d'intervenir.

Si l'Assuré ne respecte pas ces obligations qui lui incombent en cas de sinistre, l'Assureur peut réclamer une indemnité proportionnée au préjudice que ce manquement lui aura causé, sauf si l'Assuré en a été empêché par un événement fortuit ou un cas de force majeure. Par ailleurs, il perd tout droit à garantie pour le sinistre :

- **si de mauvaise foi, vous avez fait de fausses déclarations sur la date, la nature, les causes, les circonstances et les conséquences apparentes du sinistre,**
- **si vous conservez ou dissimulez des pièces pouvant faciliter l'évaluation du dommage ou encore si vous employez comme justifications des documents inexacts.**

S'il y a déjà eu un règlement au titre du sinistre, le montant doit nous être remboursé. Nous pourrions en outre immédiatement résilier votre contrat.

Article 13. Autres formalités

Sur simple demande, l'Assuré doit nous communiquer toute pièce justificative et prend toutes dispositions pour faciliter l'expertise.

En cas d'accident corporel : L'Assuré (ou, selon le cas, ses ayants droit, le bénéficiaire ou tout mandataire agissant en leur nom) indique à l'Assureur, selon la nature des garanties concernées :

- le nom, le prénom, la date de naissance, l'adresse et la profession de la victime ;
- le certificat médical initial décrivant la nature des lésions ou des blessures ainsi que leurs conséquences probables ;
- s'il y a lieu, le nom et l'adresse de l'auteur de l'accident et ceux des témoins éventuels ;
- la justification des éventuels enfants à charge de l'Assuré (extrait d'acte de naissance et copie de la déclaration fiscale attestant que les enfants sont à charge) ;
- si besoin, la notification d'invalidité permanente de la Sécurité sociale, et un certificat médical de consolidation ;
- les documents légaux établissant la qualité du ou des bénéficiaires (extrait d'acte de naissance, certificat d'hérédité), le nom et l'adresse du notaire chargé de la succession ;
- le certificat du médecin, du chirurgien ou du centre hospitalier appelé à donner les premiers soins, décrivant les blessures ou la nature de la maladie et fixant la durée prévisible de l'arrêt d'activité ;
- les factures, feuilles de maladie, honoraires de médecin, relevés de Sécurité sociale, factures hospitalières permettant d'établir le montant réel des débours de l'Assuré, ainsi que les feuilles de remboursement dont l'Assuré a été bénéficiaire.

Toute transmission dans un délai supérieur à quinze jours peut entraîner la déchéance du droit aux indemnités journalières pendant la période comprise entre la date d'expiration du certificat précédent et la date d'envoi du certificat de prolongation, sauf cas fortuit ou de force majeure.

La victime ou ses ayants droit doivent s'efforcer de limiter les conséquences de l'accident et recourir notamment aux soins médicaux nécessités par l'état de la victime.

Les mandataires et médecins que nous désignons ont, sauf opposition justifiée, libre accès auprès de la victime et de ses médecins traitants pour constater son  tat.

Article 14. Détermination des causes et conséquences de l'accident

Les causes de l'accident et ses conséquences, le taux de l'infirmité, sont constatés par accord entre les parties ou, à défaut d'accord, par deux médecins désignés chacun par l'une des parties. En cas de divergence, ceux-ci s'adjoignent un troisième médecin pour les départager. S'ils ne s'entendent pas sur le choix de ce dernier ou, faute par l'une des parties de désigner son expert, la désignation est faite à la requête de la partie la plus diligente par le président du tribunal de grande instance du domicile du Souscripteur avec dispense de serment et de toutes autres formalités. Chaque partie conserve à sa charge les honoraires et frais relatifs à l'intervention du médecin qu'elle a désigné, ceux nécessités par l'intervention éventuelle d'un troisième médecin étant partagés par moitié entre elles.

Article 15. Aggravation indépendante du fait accidentel

Toutes les fois que les conséquences d'un accident sont aggravées par l'état constitutionnel de la victime, par un manque de soins d  à sa négligence ou par un traitement empirique, par une maladie ou une infirmité préexistante et, en particulier, par un état diabétique ou hématique, les

indemnités dues sont déterminées d'après les conséquences qu'aurait eu l'accident chez un sujet valide et de santé normale soumis à un traitement rationnel.

Titre 10. Les délais de règlement de sinistres

Article 16. Paiement des indemnités

L'indemnité est payée dans le délai de quinze jours à compter de l'accord des parties ou de la décision judiciaire exécutoire. En cas d'opposition, le délai court du jour de la mainlevée.

1 Garantie en cas d'accident corporel : Les indemnités garanties sont payables :

a) en cas de décès, dans le délai d'un mois suivant la remise des pièces justificatives du décès accidentel de l'Assuré et de la qualité du bénéficiaire.

S'il y a plusieurs bénéficiaires, le paiement reste indivisible à l'égard de l'Assureur qui règle sur quittance collective des intéressés.

b) en cas d'infirmité permanente, dans le délai d'un mois à dater de la détermination d'accord entre les parties, du degré d'invalidité.

Article 17. Subrogation

L'Assureur est subrogé dans les droits et actions de l'Assuré, c'est-à-dire qu'il se substitue à lui pour agir contre tous responsables des sinistres jusqu'à concurrence des indemnités qu'il a payées au titre des garanties à caractère indemnitaire, conformément à l'article L.131-2 du Code des assurances.

Titre 11. Dispositions diverses

Article 18. Prescription

La prescription est le délai au-delà duquel les contractants ne peuvent plus faire reconnaître leurs droits. Toutes les actions concernant le contrat, qu'elles émanent de vous ou de nous, ne peuvent être exercées que pendant un délai de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

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.

Toutefois, ce délai ne court :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance, 2° En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'Assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'Assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'Assuré décédé.

Article L.114-2 du Code des assurances :

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'Assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par l'Assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Article L.114-3 du Code des assurances :

Par dérogation à l'article 2254 du Code Civil, 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 celles-ci.

Information complémentaire :

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription visées à l'article L.114-2 du Code des assurances sont énoncées aux articles 2240 à 2246 du Code civil reproduits ci-après. Pour prendre connaissance de toute mise à jour éventuelle des dispositions précitées, nous vous invitons à consulter le site Officiel « www.legifrance.gouv.fr »

Article 2240 du Code civil :

La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription.

Article 2241 du Code civil :

La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion. Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure.

Article 2242 du Code civil :

L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance.

Article 2243 du Code civil :

L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée.

Article 2244 du Code civil :

Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée.

Article 2245 du Code civil :

L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers. En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu. Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers.

Article 2246 du Code civil :

L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution.

Article 19. La protection de vos données personnelles

1 Pourquoi recueillons-nous vos données personnelles ?

Vous êtes assuré, adhérent, souscripteur, bénéficiaire, payeur de primes ou de cotisations, affilié ? Quelle que soit votre situation, nous recueillons et traitons vos « données personnelles ». Pourquoi ? Tout simplement parce qu'elles nous sont nécessaires pour respecter nos obligations légales, gérer votre contrat et mieux vous connaître.

Gérer votre contrat et respecter nos obligations légales

En toute logique, vos données personnelles sont indispensables lorsque nous concluons ensemble un contrat et que nous le gérons ou « l'exécutons ». Elles nous servent à vous identifier, à évaluer un risque, à déterminer vos préjudices, à réduire la sinistralité et lutter contre la fraude. Cela concerne également vos données d'infractions (historique et circonstances) et de santé. Ces dernières font l'objet d'un traitement spécifique lié au respect du secret médical.

En outre, nous avons besoin de vos données pour respecter en tout point les dispositions légales et administratives applicables à notre profession (entre autre dans le cadre de la lutte contre le blanchiment).

Mieux vous connaître... et vous servir

Avec votre accord express, vos données servent également un objectif commercial. Elles peuvent être liées à vos habitudes de vie, à votre localisation... Elles nous aident à mieux vous connaître, et ainsi à vous présenter des produits et des services adaptés à vos seuls besoins (profilage). Elles serviront pour des actions de prospection, de fidélisation, de promotion ou de recueil de votre satisfaction.

Si vous souscrivez en ligne, nous utilisons un processus de décision automatisé, différent selon les types de risques à couvrir. Quelle que soit notre décision, vous pouvez demander des explications à l'adresse indiquée au paragraphe « Vos contacts ».

2 Qui peut consulter ou utiliser vos données personnelles ?

Prioritairement les entreprises du groupe Allianz et votre intermédiaire en assurance (courtier, agent...). Mais aussi les différents organismes et partenaires directement impliqués dans la conclusion, la gestion, l'exécution de votre contrat : sous-traitants, prestataires, réassureurs, organismes d'assurance, organismes sociaux.

Ces destinataires se situent parfois en dehors de l'Union européenne. En ce cas, nous concevons des garanties spécifiques pour assurer la protection complète de vos données. Si vous souhaitez des informations sur ces garanties, écrivez-nous à l'adresse indiquée au paragraphe « Vos contacts ».

3 Combien de temps sont conservées vos données personnelles ?

Vous êtes prospect ou nous n'avons pas pu conclure un contrat ensemble

Nous conservons vos données :

- commerciales : 3 ans après le dernier contact entre vous et Allianz ;
- médicales : 5 ans. Celles-ci sont traitées de manière spécifique, toujours dans le strict cadre du respect du secret médical.

Vous êtes client

Nous conservons vos données tout au long de la vie de votre contrat. Une fois ce dernier fermé, elles sont conservées pendant le délai de prescription.

4 Pourquoi utilisons-nous des cookies ?

Tout simplement parce qu'ils facilitent et accélèrent votre navigation sur le web. Les cookies sont de simples fichiers textes stockés temporairement ou définitivement sur votre ordinateur, votre smartphone, votre tablette ou votre navigateur. Grâce à eux, vos habitudes de connexion sont reconnues. Et vos pages sont plus rapidement chargées.

5 Données personnelles : quels sont vos droits ?

Consulter, modifier, effacer... Vous disposez de nombreux droits pour l'utilisation qui est faite de vos données :

- **le droit d'opposition, lorsque vos données personnelles ne sont pas utiles ou ne sont plus nécessaires à notre relation contractuelle ;**
- le droit d'accès et de rectification, quand vous le souhaitez ;
- le droit à l'effacement, lorsque la durée de conservation de vos données personnelles est dépassée ;
- le droit à une utilisation restreinte, lorsque les données ne sont pas nécessaires ou ne sont plus utiles à notre relation contractuelle ;
- le droit à la « portabilité », c'est-à-dire la possibilité de communiquer vos données à la personne de votre choix, sur simple demande ;
- le droit de changer d'avis, notamment pour annuler l'accord que vous aviez donné pour l'utilisation commerciale de vos données ;
- le droit de décider de l'utilisation de vos données personnelles après votre mort. Conservation, communication ou effacement... : vous désignez un proche, lui indiquez votre volonté et il la mettra en œuvre sur simple demande.

Pour exercer votre droit d'accès aux données collectées dans le cadre de la lutte anti-blanchiment et anti-terroriste, adressez-vous directement à la CNIL.

De manière générale, vous pourrez lire toutes les précisions sur les cookies ainsi que sur le recueil et l'utilisation de vos données sur le site allianz.fr ou le site de l'entité juridique mentionnée au paragraphe « Qui est en charge de vos données au sein du groupe Allianz ? ».

Enfin, le site de la Cnil vous renseignera en détail sur vos droits et tous les aspects légaux liés à vos données personnelles : www.cnil.fr.

6 Qui est en charge de vos données au sein du groupe Allianz ?

Allianz IARD

Entreprise régie par le Code des assurances.

Société anonyme au capital de 991.967.200 €

Siège social : 1 cours Michelet - CS 30051

92076 Paris La Défense Cedex

542 110 291 RCS Nanterre

www.allianz.fr

7 Comment exercer vos droits ?

Pour vous opposer à l'utilisation de vos données, demander leur effacement, pour poser une question sur l'ensemble de leurs traitements ou une réclamation, vous pouvez nous solliciter directement ou écrire à notre responsable des données personnelles. Pour savoir à quelle adresse écrire, rendez-vous au paragraphe « Vos contacts ».

En cas de réclamation et si notre réponse ne vous satisfait pas, vous pouvez vous adresser à la Cnil.

8 Vos contacts

Si votre contrat a été souscrit auprès d'un Agent Général, d'un Conseiller Allianz Expertise et Conseil ou d'un Point Service Allianz :

Question, réclamation, demande de modification... Pour toutes ces situations, c'est très simple : il vous suffit de nous écrire :

• par mail à informatiqueetliberte@allianz.fr,

• par courrier à l'adresse Allianz - Informatique et Libertés – Case courrier S1805 – 1 cours Michelet – CS 30051 - 92076 Paris La Défense Cedex.

Si votre contrat a été souscrit auprès d'un courtier :

Question, réclamation, demande de modification... Pour toutes ces situations, c'est simple : écrivez directement à votre courtier.

Pour toutes vos demandes, n'oubliez pas de joindre un justificatif d'identité.

Article 20. Relations clients et Médiation

En cas de difficultés, consultez d'abord votre interlocuteur habituel d'Allianz France. Si la réponse ne vous satisfait pas, vous pourrez adresser votre réclamation par simple lettre ou courriel au :

Service Relations Clients, Case courrier S1803, 1 cours Michelet, CS30051 92076 Paris La Défense Cedex, E-mail : clients@allianz.fr.

Allianz France adhère à la charte de la médiation de la Fédération Française des Sociétés d'assurances. Aussi si vous bénéficiez de la qualité d'Assuré personne physique au titre du présent contrat, vous avez la faculté, en cas de désaccord persistant et définitif et après épuisement des voies de traitements internes indiquées ci-dessus, de faire appel au Médiateur de la Fédération Française des Sociétés d'Assurances dont les coordonnées postales sont les suivantes : BP 290 – 75425 Paris Cedex 09 et ceci sans préjudice des autres voies d'actions légales.

Article 21. Communication aux tiers

Le Souscripteur autorise l'Assureur à faire connaître, sur leur demande, aux tiers intéressés aux garanties accordées par le présent contrat, l'existence de ce contrat, ainsi que toute modification, suspension ou cessation de ses effets.

Article 22. Autorité de contrôle des entreprises d'assurance

L'autorité administrative chargée du contrôle des entreprises d'assurances est la suivante : **Autorité de Contrôle Prudential et de Résolution - 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.**

Article 23. Lutte contre le blanchiment

Les contrôles que nous sommes légalement tenus d'effectuer au titre de la lutte contre le blanchiment d'argent et contre le financement du terrorisme, notamment sur les mouvements de capitaux transfrontaliers, peuvent nous conduire à tout moment à vous demander des explications ou des justificatifs, y compris sur l'acquisition des biens assurés ou sur les sommes versées au contrat.

Article 24. Règles de compétence

Tout litige entre vous et nous sur les conditions d'application du présent contrat sera soumis à la seule législation française et sera du ressort exclusif des tribunaux français.

Annexe - Tableaux récapitulatifs des montants de garantie et des franchises

Annexe - Module « Essentiel »

Détail des garanties accordées

Ce tableau indique les garanties accordées au titre du Module essentiel (Titre 4 de la présente notice d'information).

Les indemnités, dues en cas d'accident corporel garanti au titre du contrat, seront déterminées en fonction du salaire annuel brut de l'Assuré selon les critères suivants :

Référence des Dispositions Générales	Nature des garanties et des franchises	Montant maximum garanti
§1.1. A	Décès accidentel *Tout salarié : *Majoration par enfant à charge :	Capital de base : 200 % du Salaire Annuel Brut 75 % du Salaire Annuel Brut
§1.1. C	Infirmité permanente totale accidentelle <i>-Le capital est réductible en cas d'infirmité permanente partielle selon le barème des Accidents du travail de la Sécurité Sociale française</i> <i>-Franchise relative 6 %</i> *Tout salarié : *Majoration par enfant à charge :	Capital de base : 300 % du Salaire Annuel Brut 75 % du Salaire Annuel Brut

(1) **Exemple :**
Cas d'une infirmité permanente totale accidentelle de 3 % = aucune indemnité n'est due
Cas d'une infirmité permanente totale accidentelle de 20 % =
Exemple Salaire Annuel Brut (SAB) = si SAB de 50.000 € et 2 enfants à charge
Calcul du capital de base : [(300 % du SAB) + (75 % du SAB x Nombre d'enfants à charge)] x 20 %
[(300 % x 50.000 €) + (75 % x 50.000 € x 2)] x 20 % = 45.000 €
