PREVOYANCE DU CAVALIER

Dispositions Générales



Ce contrat d'assurance a pour objet de garantir les cas d'atteinte à l'intégrité physique de l'assuré cavalier survenant entre le jour de la prise d'effet du contrat et de sa résiliation.

Le contrat est ouvert aux personnes âgées de moins de 65 ans, pratiquant l'équitation de loisirs uniquement.

SOMMAIRE

DEFINITIONS 3

VOS GARANTIES 4

1. Objet de la garantie 4
2. Étendue territoriale de la garantie 5
3. Les risques exclus 5
4. Le règlement des sinistres 6

FORMATION ET VIE DU CONTRAT 7

5. Date d'effet et durée du contrat 7
6. Le paiement des cotisations 7
7. Révision de la cotisation 8
8. Déclaration du risque 8
9. Sanctions 8
10. Résiliation du contrat 9

DISPOSITIONS DIVERSES 10

11. Prescription 10
12. Subrogation 10
13. Renonciation 11
14. Protection de vos données personnelles 11
15. Réclamations – Médiation 12

DEFINITIONS

Afin de faciliter la compréhension des garanties de votre contrat, les mots suivants font l'objet d'une définition à laquelle vous voudrez bien vous reporter.

Accident : toute atteinte corporelle non intentionnelle, provenant d'un évènement soudain, imprévisible, irrésistible et extérieur à la victime, survenue lors de la pratique de l'équitation.

Assuré :

- le souscripteur ou la personne pour le compte de laquelle il souscrit,

et lorsque la formule « FAMILLE » est souscrite et figure aux Conditions Particulières :

- son époux ou épouse non séparé(e) de corps ou de fait,

- son concubin ou sa concubine (y compris la personne ayant conclu un PACS avec le souscripteur),

- leurs enfants fiscalement à charge (mineurs ou majeurs âgés de moins de 26 ans vivant au foyer parental, disposant de ressources propres, dont le plafond annuel hors bourses d'études, ne dépasse pas le SMIC).

Pour être garanti, l'assuré doit avoir sa résidence principale sur le territoire français.

Assureur : La Mutuelle Alsace Lorraine Jura, société d'assurance mutuelle régie par le code des assurances, sise 6 bd de l'Europe – BP 3169 – 68063 Mulhouse cedex.

Bénéficiaire : Le bénéficiaire des garanties du contrat est l'assuré. En cas de décès avant le terme de l'adhésion : le conjoint légal de l'assuré(e) non séparé(e) de corps par un jugement définitif passé en force de chose jugée, à défaut les enfants de l'assuré(e) nés ou à naître, vivants ou représentés par parts égales, à défaut les héritiers légaux de l'assuré

Consolidation : stabilisation durable de l'état de santé de l'assuré, ayant fait l'objet d'un constat médical, cet état n'étant plus susceptible d'évoluer vers une amélioration ou une aggravation.

Echéance annuelle : la date indiquée sous ce titre aux Conditions Particulières ; elle détermine le point de départ d'une année d'assurance. Elle correspond à la date à laquelle :

- la cotisation annuelle est exigible,

- le contrat peut être normalement résilié moyennant le préavis indiqué.

Franchise relative : l'indemnité journalière d'hospitalisation est versée dès le 1er jour en cas d'hospitalisation supérieure à 24 heures consécutives.

Hospitalisation : fait de recevoir des soins dans un établissement hospitalier (hôpital ou clinique habilité à pratiquer des actes et traitements médicaux auprès des personnes accidentées, possédant les autorisations administratives locales permettant ces pratiques ainsi que le personnel compétent).

Incapacité temporaire de travail : lorsqu'à la suite d'un accident garanti, l'assuré est dans l'impossibilité complète et pendant une suite ininterrompue de jours, d'exercer une activité professionnelle ceci entrainant une suspension de son contrat de travail, ou la cessation temporaire de son activité pour un travailleur non salarié.

Invalidité permanente : réduction définitive de certaines fonctions physiques, psychosensorielles, intellectuelles, appréciée médicalement à la date de consolidation en comparant l'état subsistant après l'accident, à l'état de santé antérieur à l'événement garanti.

Nous : la Société d'Assurance Mutuelle citée en entête de cette page.

Parent au foyer : parent n'exerçant aucune activité professionnelle et se consacrant à l'éducation de ses enfants mineurs vivant au foyer parental,

Prescription : délai au-delà duquel aucune action ne peut plus être intentée.

Sinistre : évènement accidentel, fait générateur de la garantie.

Souscripteur : la personne qui souscrit le contrat et en assume les obligations, notamment le paiement des cotisations.

Subrogation : substitution de l'assureur dans les droits et actions de l'assuré ou du bénéficiaire du contrat à l'encontre de tout tiers. L'assureur ne peut recourir contre les enfants, descendants, ascendants, alliés en ligne directe, préposés, employés, ouvriers ou domestiques, et généralement toute personne vivant habituellement au foyer de l'assuré, sauf le cas de malveillance commise par une de ces personnes. La subrogation est limitée au montant des indemnités versées.

Tiers : toute autre personne que l'assureur, l'assuré ou le bénéficiaire du contrat.

VOS GARANTIES

1. OBJET DE LA GARANTIE

Prévoyance du Cavalier prévoit le versement d'une indemnité lors de la survenance d'un accident garanti, défini comme celui atteignant l'assuré en sa qualité de cavalier, à l'occasion de la pratique de l'équitation de loisir, en promenades et randonnées, de concours de petit niveau ou de compétition en division Club, Ponam et Amateur organisée par la Fédération Française d'Equitation (FFE).

Prévoyance du Cavalier prévoit le versement d'une indemnité en cas d'accident garanti et notamment en cas de :

DECES DU CAVALIER

Lorsque l'assuré décède des suites d'un accident garanti, et ce dans les douze (12) mois de sa survenance, il est versé au bénéficiaire, le capital prévu aux Conditions Particulières. **Lors du décès d'un enfant mineur, le capital versé est limité 5.000€.**

Lorsque le décès de l'assuré survient après un état d'invalidité permanente, lié à un même événement accidentel, le capital dû au titre du décès sera versé sous déduction des sommes déjà réglées au titre de la garantie incapacité de travail et/ou invalidité permanente.

D'INVALIDITE PERMANENTE DU CAVALIER

La prestation garantie ne sera versée qu'à partir du moment où un accident garanti entraîne pour l'assuré une invalidité permanente dont le taux est **supérieur ou égal à 1%.** Ce taux est fixé lors d'une expertise médicale, après consolidation des blessures, et ne tient compte que de la seule invalidité fonctionnelle de l'assuré, en dehors de toute incidence professionnelle ou scolaire, conformément au barème repris dans les présentes dispositions générales.

Nous verserons à l'assuré une indemnité correspondant à l'application du taux d'invalidité après consolidation sur le montant du capital indiqué aux Conditions Particulières, sous déduction des sommes déjà versées au titre de la garantie incapacité de travail et indemnité journalière d'hospitalisation.

D'INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL DU CAVALIER

Des indemnités journalières seront versées à l'assuré si celui-ci, à la suite d'un accident garanti, est dans l'impossibilité complète de travailler et ce, pendant une suite ininterrompue de journées. Ces indemnités journalières, dont le montant est fixé aux Conditions Particulières, seront alors versées à l'assuré, après écoulement d'une franchise absolue de trente (30) jours à compter de la date de début de l'arrêt de travail, et ce pendant une durée maximale de 365 jours. En cas de rechute dans les soixante (60) jours suivant la reprise des activités professionnelles, le paiement des indemnités journalières reprend immédiatement si et seulement si le nouvel arrêt de travail est dû à la même cause que l'arrêt précédent.

L'INDEMNITE JOURNALIERE D'HOSPITALISATION DU CAVALIER

L'indemnité journalière sera versée à l'assuré en cas d'hospitalisation consécutive à un accident garanti, après écoulement d'une franchise relative de vingt-quatre (24) heures consécutives, jusqu'au jour de sortie inclus et pour une durée maximale de 365 jours.

Il ne peut y avoir cumul des garanties incapacité temporaire totale de travail et indemnité journalière d'hospitalisation. Lorsque l'assuré est hospitalisé, au cours d'un arrêt de travail, seule la garantie incapacité temporaire totale de travail intervient.

FRAIS D'AMENAGEMENT DU CADRE DE VIE

Dans le cas où l'assuré est atteint, à la suite d'un accident corporel garanti, d'une Invalidité permanente consolidée d'un taux égal ou supérieur à 33%, l'Assureur rembourse les dépenses engagées pour aménager son logement ou son véhicule afin de les rendre praticables et utilisables au regard de sa perte d'autonomie. Ces travaux devront être réalisés dans les douze (12) mois suivants la date de consolidation.

Ces remboursements seront effectués sur présentation des factures justificatives, à concurrence de la somme mentionnée aux Conditions Particulières

Pour les garanties invalidité permanente, incapacité temporaire de travail, Indemnités Journalière d'hospitalisation et frais d'aménagement du cadre de vie, les garanties cessent à la fin de l'année civile du soixante cinquième (65ème) anniversaire de l'assuré ou lorsqu'il bénéficie, avant cette date, d'une pension de retraite, de préretraite ou reprend même partiellement son travail

Pour la garantie décès, la garantie cesse au 70ème anniversaire de l'assuré.

2. ÉTENDUE TERRITORIALE DE LA GARANTIE

Les garanties s'exercent dans tous les pays de l'Union Européenne et territoires d'Outre-Mer, dans les principautés d'Andorre et de Monaco, en Suisse, en Islande, au Liechtenstein, à Chypre, à San Marin, au Vatican et en Norvège.

Dans le reste du monde, les garanties s'exercent pour des voyages et séjours de moins de 3 mois consécutifs.

3. LES RISQUES EXCLUS

Ne sont pas pris en charge les sinistres :

- **résultant de la participation volontaire de l'assuré à un crime, à un délit intentionnel ou à une rixe, sauf cas de légitime défense ou d'assistance à personne en danger,**
- **survenant au cours de la pratique de l'équitation à titre professionnel (entrainement comme compétition),**
- **résultant de la pratique de l'équitation pour le cinéma, des cascades équestres, des traditions bovines (encierro, abrivado, corrida etc.)**
- **résultant de l'utilisation de quad ou de véhicules à deux ou trois roues de cylindrée supérieure à 80cm3,**
- **dus aux effets directs ou indirects d'irradiation provenant de transmutations de noyaux d'atomes ou de la radioactivité, ainsi que ceux dus aux effets de radiations provoqués par l'accélération artificielle de particules,**
- **résultant d'expérimentations biomédicales,**
- **causés par les maladies n'ayant pas pour origine un accident garanti,**
- **résultant d'affections musculaires, articulaires, tendineuses et discales, telles que pathologies vertébrales, ruptures musculaires et tendineuses lorsqu'elles ne résultent pas d'un accident garanti,**
- **résultant d'affections cardio-vasculaires et vasculaires cérébrales lorsque celles-ci ne résultent pas d'un accident garanti,**
- **résultant du suicide ainsi que la tentative de suicide,**
- **dus à des accidents causés ou provoqués intentionnellement par l'assuré ou par le bénéficiaire ou à l'aide de sa complicité,**
- **liés aux suites et conséquences des accidents et affections apparues antérieurement à la date de souscription,**
- **dus aux conséquences de l'état d'ivresse, lorsque le taux d'alcoolémie est supérieur ou égal à celui légalement autorisé**
- **résultant de l'usage de drogues ou stupéfiants, sauf s'ils ont été prescrits médicalement dans le cadre d'un traitement thérapeutique,**
- **résultant d'une incapacité de travail survenant ou se déroulant pendant une période de chômage.**

Exclusions spécifiques aux garanties Incapacité de travail et Indemnité Journalière d'Hospitalisation :

- **les accidents résultant d'affections nerveuses et mentales (notamment psychiatriques),**
- **les séjours en maison de repos, établissement de convalescence, maison d'enfants à caractère sanitaire, institut médico-pédagogique et médico-psycho-pédagogique, hospice, maison de retraite, logement, foyer, établissement d'hébergement, centre de cures médicales pour personnes âgées, service de long séjour d'un établissement hospitalier, centre de cure thermale, marine ou de rajeunissement, traitements esthétiques, diététiques.**

4. LE REGLEMENT DES SINISTRES

L'assuré ou le bénéficiaire doit déclarer le sinistre à l'assureur dans les 5 jours ouvrés qui suivent la survenance de l'accident, sauf cas fortuit ou de force majeure. Passé ce délai, l'assuré peut perdre ses droits à indemnisation dès lors que la déclaration tardive d'accident aura causé un préjudice à l'assureur.

Lors de sa déclaration, l'assuré ou le bénéficiaire du contrat doit indiquer les circonstances exactes de l'accident, communiquer l'identité des tiers en cause et des éventuels témoins et indiquer l'identité de l'autorité verbalisante si un procès-verbal a été dressé.

L'assuré pourra déclarer son sinistre par téléphone en appelant nos services d'indemnisation au 09 70 80 82 50 ou par mail adpmedical@gamest.fr ou par voie postale.

PIECES A PRODUIRE EN CAS DE :

- **décès du cavalier assuré**:
  - un certificat médical précisant la cause du décès,
  - un extrait d'acte de décès de l'assuré,
  - la ou les factures des frais funéraires exposés pour les enfants assurés,
  - toutes justifications d'état civil permettant d'établir les liens de filiation ou familiaux des ayants droit de l'assuré décédé.
- **invalidité permanente du cavalier assuré:** :
  - un certificat médical décrivant les blessures
  - l'assuré devra se soumettre à toute expertise médicale initiée par l'assureur et aux examens complémentaires nécessaires à la détermination du taux d'invalidité.
- **incapacité temporaire totale de travail du cavalier assuré :**
  - l'avis d'arrêt de travail,
  - un certificat médical donnant toutes précisions sur la date de survenance et les circonstances précises de l'accident, la durée de l'incapacité, éventuellement l'importance de l'invalidité permanente à envisager,
  - une attestation de reprise du travail.
- **indemnité journalière d'hospitalisation du cavalier assuré**:
  - le bulletin de situation reprenant les dates d'entrée et de sortie
  - le compte rendu d'hospitalisation
  - toute pièce médicale à communiquer à notre médecin conseil, lui permettant d'apprécier si l'hospitalisation s'inscrit bien dans le cadre des garanties.
- **frais d'aménagement du cadre de vie**
  - les factures justificatives

L'assuré est tenu de fournir toutes les pièces complémentaires qui lui seraient demandées pour la bonne constitution du dossier de règlement.

EXPERTISE MEDICALE :

- **l'invalidité permanente** de l'assuré est constatée par expertise médicale, conformément au barème indiqué aux présentes Dispositions Générales,
- **pour les autres garanties**, nous nous réservons le droit de faire examiner l'assuré par un médecin de notre choix.

Contrôle de l'assuré : lors de l'ouverture du service des prestations ou pour assurer leur continuation éventuelle, l'assuré peut être soumis à des visites médicales, contrôles ou enquêtes de notre part. Son médecin pourra l'assister.

Il s'agit de vérifier que l'assuré remplit les conditions requises pour bénéficier des prestations qui lui sont versées ou qui lui ont été versées. Il est de son intérêt d'accepter ces contrôles car en cas de refus de sa part de s'y soumettre, les prestations ne seraient pas versées. Toutefois, si l'assuré apporte la preuve que c'est en raison d'un cas fortuit ou de force majeure que le contrôle n'a pu être exercé, il ne sera pas pénalisé et les prestations seront maintenues.

Expertise médicale : l'assuré est tenu de se soumettre à l'expertise médicale, diligentée par l'assureur à ses frais. L'assuré peut se faire assister par le médecin de son choix, les frais et honoraires restent alors à sa charge. Le paiement des indemnités sera suspendu jusqu'au dépôt du rapport par l'expert.

En cas de désaccord, les parties peuvent décider de recourir à l'arbitrage d'un médecin agissant en qualité de tiers expert désigné en commun.

En cas de désaccord sur le choix du tiers expert ou sur les conclusions de l'expertise, les parties peuvent décider de faire désigner un médecin par le Président du Tribunal Judiciaire compétent, saisi aux frais de l'assureur, sur simple requête de la partie la plus diligente, l'autre ayant été régulièrement convoquée par lettre recommandée avec accusé de réception.

Les honoraires et frais du médecin arbitre et ceux de l'expert commis judiciairement sont supportés par moitié entre les parties.

Les garanties s'exercent dans le monde entier. Toutefois, si l'assuré se trouve en état d'incapacité ou d'invalidité à la suite d'un accident survenu hors de France, la constatation médicale de cet état devra être effectuée en France pour ouvrir droit au paiement des prestations.

Le règlement des indemnités aura lieu au plus tard quinze (15) jours après la remise de l'ensemble des pièces justificatives et après accord des parties.

FORMATION ET VIE DU CONTRAT

5. DATE D'EFFET ET DUREE DU CONTRAT

Sous réserve du paiement de la première cotisation, le contrat prend effet à la date indiquée aux Conditions Particulières.

Le contrat, conclu pour une durée d'un an, est renouvelable par tacite reconduction à chaque échéance principale indiquée aux Conditions Particulières, sauf dénonciation par l'une ou l'autre des parties, moyennant préavis de deux mois.

En cas de décès du souscripteur, le contrat continue de produire ses effets au profit des autres assurés, sous réserve que ceux-ci exécutent les obligations dont le souscripteur était tenu à l'égard de l'assureur et notamment le paiement des cotisations.

Cessation des garanties : la date d'expiration des garanties est fixée à la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle l'assuré :

- atteint son 65ème anniversaire pour les garanties Invalidité permanente, Incapacité de travail, Indemnités journalière d'hospitalisation et Frais d'aménagement du cadre de vie,
- bénéficie d'une pension de retraite ou de préretraite,
- atteint son 70ème anniversaire pour la garanties Décès,

Cessation des prestations : la date de cessation des prestations est fixée au plus tard à la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle l'assuré:

- atteint son 65ème anniversaire pour les garanties Invalidité permanente Incapacité de travail, Indemnités Journalière d'hospitalisation et Frais d'aménagement du cadre de vie,
- bénéficie d'une pension de retraite ou de préretraite,
- bénéficie d'un taux ou d'une pension d'invalidité,
- reprend, même partiellement, un travail (la reprise des activités professionnelles peut s'apprécier en tenant compte des possibilités restantes de reclassement professionnel).

6. LE PAIEMENT DES COTISATIONS

La cotisation est payable à la date d'échéance fixée aux Conditions Particulières au siège social de l'assureur ou au domicile de son représentant désigné à cet effet.

En cas d'utilisation du prélèvement SEPA pour le paiement de la cotisation, y compris frais et taxes, nous nous accordons, vous et nous, sur une pré-notification d'au moins deux (2) jours avant la date du premier prélèvement effectué.

A défaut de paiement de la cotisation ou d'une fraction de cotisation, dans les dix (10) jours de son échéance, l'assureur, indépendamment de son droit de poursuivre l'exécution du contrat en justice peut, par simple lettre recommandée adressée au souscripteur, à son dernier domicile connu, suspendre la garantie trente jours après l'envoi de cette lettre.

Au cas où la cotisation annuelle aurait été fractionnée, la suspension de garantie intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

L'assureur a le droit de résilier le contrat dix jours après le délai de trente jours (30), mentionné au troisième alinéa du présent article.

Le contrat non résilié reprend pour l'avenir ses effets, le lendemain à midi du jour où a été payée à l'assureur ou au mandataire désigné par lui, la cotisation arriérée ou en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi qu'éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

7. REVISION DE LA COTISATION

Si l'assureur vient à modifier les tarifs applicables aux risques garantis par le présent contrat, la cotisation est modifiée dans la même proportion à l'échéance principale qui suit cette modification.

En cas de majoration de la cotisation, le souscripteur a la possibilité de résilier le contrat dans les quinze (15 jours) suivant celui où il a eu connaissance de la majoration.

Cette résiliation prendra effet un mois après la notification faite à l'assureur par lettre recommandée (le cachet de la poste faisant foi) et le souscripteur sera alors redevable d'une fraction de cotisation calculée sur la base de la cotisation précédente au prorata du temps écoulé entre la date de la dernière échéance et la date d'effet de la résiliation.

8. DECLARATION DU RISQUE

Le contrat est établi d'après les déclarations du souscripteur ou de l'assuré et la cotisation est fixée en conséquence.

- **A la souscription du contrat** : le souscripteur doit, de bonne foi, déclarer toutes les circonstances connues de lui qui sont de nature à faire apprécier à l'assureur les risques qu'il prend à sa charge et répondre exactement aux questions posées dans le formulaire de proposition.

- **En cours de contrat** : le souscripteur ou à défaut l'assuré, doit par lettre recommandée déclarer, dans les quinze (15) jours à partir du moment où il en a eu connaissance, les circonstances nouvelles qui ont eu pour conséquence d'aggraver les risques et qui rendent inexactes ou caduques les réponses faites à l'assureur dans le formulaire de proposition.

9. SANCTIONS

Toute réticence, fausse déclaration, production d'informations erronées faites intentionnellement entraînent la nullité du contrat, quand cette réticence ou fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue notre opinion. Les cotisations payées nous demeurent acquises et nous avons droit au paiement de toutes cotisations échues à titre de dommages intérêts (art. L113-8 du code des assurances).

Lorsque la réticence ou la fausse déclaration ne revêt pas un caractère intentionnel, l'assureur peut, dans les termes de l'article L113-9 du code des assurances :

- soit résilier le contrat,
- soit proposer un nouveau montant de cotisation adapté au risque réel et, si le souscripteur ou l'assuré n'accepte pas la nouvelle cotisation ou ne répond pas dans un délai d'un mois, résilier le contrat dans un délai d'un mois, moyennant un préavis de dix (10) jours,
- lorsque l'inexactitude est constatée après sinistre, réduire les indemnités dues au titre de celui-ci dans la proportion de la cotisation payée par rapport à celle qui aurait dû l'être si le risque avait été correctement déclaré.

10. RESILIATION DU CONTRAT

Le contrat peut être résilié avant sa date d'expiration normale dans les cas et les conditions suivants :

PAR LE SOUSCRIPTEUR ET L'ASSUREUR :

- en cas de changement de domicile, de situation matrimoniale, de régime matrimonial, de profession, de retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité du souscripteur lorsque le changement rend l'objet de la garantie inapproprié à la nouvelle situation.

PAR LE SOUSCRIPTEUR :

- à chaque échéance annuelle, en respectant un préavis de deux (2) mois,
- en cas de modification du tarif d'assurance appliqué à votre contrat,
- si nous résilions un autre de vos contrats après sinistre (art. R113-10 du code des assurances),
- en cas de diminution des risques, si l'assureur ne réduit pas la cotisation en conséquence (art. L113-4 du code des assurances),
- dans les vingt (20) jours suivant l'envoi de l'avis d'échéance lorsque le contrat couvre une personne physique en dehors de son activité professionnelle (art.L113-15-1 du code des assurances).

PAR L'ASSUREUR :

- en cas d'omission ou de déclaration inexacte lors de la souscription ou en cours de contrat, si votre mauvaise foi n'est pas établie (art. L113-9 du code des assurances),
- en cas d'aggravation des risques, selon les dispositions de l'article L 113-4 du Code des Assurances sous réserve de celles édictées par l'article 6 de la Loi 89-1009 du 31 décembre 1989,
- en cas de règlement judiciaire.

DE PLEIN DROIT :

- à l'échéance principale qui suit le 70ème anniversaire du souscripteur,
- en cas de retrait de l'agrément de l'union de sociétés d'assurance mutuelles dont la MUTUELLE ALSACE LORRAINE JURA est adhérente. La résiliation intervient le 10ème jour à midi à compter de la date de la publication au Journal officiel de la décision prononçant le retrait, la portion de cotisation afférente à la période non garantie vous étant alors restituée (art. R322-113 du code des assurances).

MODALITES DE RESILIATION

Conformément à l'article L113-14 du Code, lorsque l'Assuré a la faculté de résilier le Contrat, il le notifie à l'Assureur, à son choix :

- Soit par lettre ou tout autre support durable
- Soit par déclaration faite à notre Siège Social ou auprès de notre représentant
- Soit par acte extra-judiciaire
- Soit, lorsque nous vous avons proposé le présent contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication.

DISPOSITIONS DIVERSES

11. PRESCRIPTION

Toute action dérivant de votre contrat est irrecevable au terme d'un délai de DEUX (2) ans à compter de l'événement qui lui a donné naissance, selon les dispositions des articles L114-1 et L114-2 du code des assurances qui prévoient :

Article L114-1

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

Toutefois, ce délai ne court :
1° En cas de réticence, omission, déclaration fausse 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.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré. »

Article L114-2 « 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 prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité ».

Article L114-3 « 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 celle-ci. »

Les causes ordinaires de prescription prévues par le Code civil sont :

- **La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (article 2240 du Code civil),**
- **La demande en justice (articles 2241 à 2243 du Code civil),**
- **Une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécutions ou un acte d'exécution forcée (article 2244 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 (Article 2245 du code Civil)**
- **L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance pour les cas de prescription applicables aux cautions (Article 2246).**

12. SUBROGATION

L'assureur est subrogé dans les droits et actions de l'assuré ou du bénéficiaire du contrat jusqu'à concurrence des indemnités réglées contre tout tiers responsable du sinistre. **Si la subrogation ne peut, s'opérer en faveur de l'assureur, la garantie de ce dernier cesse d'être engagée dans la mesure où aurait pu s'exercer la subrogation.**

13. RENONCIATION

L'assuré dispose de la possibilité de renoncer au contrat si celui-ci lui a été proposé dans le cadre de la vente à distance ou d'une opération de démarchage, dans les conditions et modalités définies ci-dessous.

A . Si le présent contrat vous a été proposé dans le cadre de la vente à distance

Constitue une fourniture d'opération d'assurance à distance l'opération d'assurance auprès d'un souscripteur, personne physique, qui agit dans le cadre d'un système de vente ou de prestation de services à distance organisé par l'assureur qui, pour ce contrat, utilise exclusivement des techniques de communication à distance jusqu'à, y compris, la conclusion du contrat.

Conformément à l'article L112-2-1 du Code des Assurances relatif à la vente à distance, l'assuré bénéficie de la faculté de renoncer à son contrat dans un délai de quatorze (14) jours à compter de la conclusion du contrat ou du jour où il a reçu les conditions contractuelles, sans motif ni pénalité.

B . Si le présent contrat vous a été proposé dans le cadre d'une opération de démarchage

Constitue une opération de démarchage à domicile le fait pour un souscripteur, personne physique, de faire l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle. Conformément à l'article L112-9 du code des Assurances relatif au démarchage à domicile, l'assuré bénéficie de la faculté de renoncer à son contrat dans un délai de quatorze (14) jours à compter de la conclusion du contrat ou du jour où il a reçu les conditions contractuelles, sans motif ni pénalité.

C . Conséquences et modalités de la renonciation en cas de vente à distance ou de démarchage

L'exercice de ce droit de renonciation entraîne la résiliation du contrat à compter de la date de réception de la lettre recommandée. Le souscripteur est informé que les contrats pour lesquels s'applique le droit de renonciation ne peuvent recevoir de commencement d'exécution avant l'arrivée du terme du délai de renonciation sans son accord. Dans ce cas, le souscripteur qui a expressément demandé la prise d'effet des garanties du contrat avant l'expiration du délai de renonciation, sera tenu au paiement de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a été couvert à sa demande. Le montant ainsi dû par le souscripteur est calculé selon la règle suivante : montant de la cotisation annuelle figurant aux Conditions Particulières du contrat, hors frais de dossier / 365 x nombre de jours garantis. Il est précisé que les frais de dossier ne seront pas remboursés. Toutefois, l'intégralité de la cotisation reste due à l'assureur si le souscripteur exerce son droit de renonciation alors qu'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat et dont il n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation. Il est précisé que, conformément aux dispositions de l'article L.112-9 du Code des Assurances, ce droit de renonciation ne s'applique pas dès lors que le souscripteur a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat.

D. Modalités de renonciation

L'assuré exerce ses facultés de renonciation par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à notre siège social.

Elle peut être rédigée selon le modèle de lettre ci-dessous :

"***Je soussigné .....(civilité, nom, prénom), demeurant ..... (adresse de l'adhérent) déclare renoncer à mon contrat Prévoyance du Cavalier n°.....(Inscrire le numéro figurant sur les Conditions Particulières) pour lequel j'ai versé ..... €, en date du ..... Fait à ....., le ..... . Signature du souscripteur "***

A compter de la réception de la présente lettre, nous mettons fin au contrat et aucun prélèvement ne sera effectué

14. PROTECTION DE VOS DONNEES PERSONNELLES

Les informations nominatives recueillies dans le cadre du présent contrat sont enregistrées et donnent lieu à des traitements par ACS-CHEVALASSUR et la MALJ en leur qualité de responsable(s). Ces traitements ont pour finalité la passation, la gestion et l'exécution du contrat « PREVOYANCE DU CAVALIER »

Ces données sont également traitées pour la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme, la prévention et la lutte contre la fraude, pour l'élaboration de statistiques et d'études actuarielles, pour la gestion de la relation client, la prospection commerciale dans la limite de l'intérêt légitime d'ACS-CHEVAL ASSUR et de la MALJ, la réalisation d'enquêtes de satisfaction et pour l'exercice des recours et la gestion des réclamations et contentieux. Les données de santé sont collectées aux fins exclusives d'appréciation du risque et des conditions tarifaires qui lui sont applicables ainsi que pour la gestion des prestations.

Elles pourront être communiquées exclusivement pour cette finalité aux réassureurs qui s'engagent à veiller au respect de la confidentialité des données qui leur sont transmises compte tenu de leur sensibilité.

Vos données personnelles sont destinées, dans le strict cadre des finalités énoncées ci-dessus, à ACS-CHEVALASSUR et à la MALJ, ses prestataires, partenaires, sous-traitants et réassureurs. Elles seront, le cas échéant, transmises aux autorités administratives et judiciaires pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires. Ces données seront conservées durant toute la vie du contrat, jusqu'à expiration à la fois des délais de prescription légaux et des délais prévus par les différentes obligations de conservation imposées par la réglementation.

L'assuré ou toute personne physique désignée au contrat, bénéficie d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement et de retrait du consentement au traitement de ces données personnelles ainsi que du droit de demander la limitation du traitement ou de s'y opposer. Il peut également demander la portabilité des données qu'il a transmises lorsqu'elles étaient nécessaires au contrat ou lorsque son consentement était requis et dispose du droit de prévoir des directives relatives au sort de ses données à caractère personnel après son décès. L'assuré peut exercer ses droits en contactant directement :

- le chargé de la protection des données d'ACS-CHEVAL ASSUR : par mail à l'adresse **gestion@cheval-assur.com**
  ou par voie postale à l'adresse : ACS-CHEVAL ASSUR – A l'attention du correspondant CNIL- 20 rue du Four à Chaux 34680 ST GEORGES D'ORQUES.
- le délégué à la protection des données du GAMEST à l'adresse : protectiondesdonnées@gamest.fr

Les réclamations touchant à la collecte ou au traitement des données peuvent être adressées aux mêmes coordonnées.

En cas de désaccord persistant l'assuré a la faculté de saisir la CNIL à l'adresse suivante :

Commission Nationale Informatique et Libertés, 3 place de Fontenoy - 75007 Paris, www.cnil.fr.

Nous vous informons de l'existence de la liste d'opposition au démarchage téléphonique « Bloctel », sur laquelle vous pouvez vous inscrire ici : https://conso.bloctel.fr

15. RECLAMATIONS – MEDIATION

Si vous avez une réclamation à formuler quant à la gestion de votre dossier par nos services, vous pouvez la formuler :

1- A votre interlocuteur habituel en priorité :

ACS CHEVAL ASSUR – A l'attention du Service Réclamation
20 rue du Four à Chaux
34680 ST GEORGES D'ORQUES

Ou par e-mail à l'adresse : gestion@cheval-assur.com

2- En cas d'insatisfaction concernant la réponse apportée, vous pouvez nous contacter à l'adresse :

MALJ
Service Qualité
6 Boulevard de l'Europe
BP3169
68063 MULHOUSE CEDEX

Ou par e-mail à l'adresse : service-qualite@malj.fr

Un accusé de réception de votre réclamation vous sera délivré sous 10 jours et votre demande sera étudiée afin de résoudre votre insatisfaction.

Une réponse définitive vous sera adressée dans un délai de 2 mois à compter de la réception de votre réclamation et nous nous engageons à vous tenir informé du déroulement de son traitement, si pour des raisons indépendantes de notre volonté, ce délai devait être prolongé.

Si vous deviez toujours être en désaccord avec notre réponse définitive, vous pouvez faire appel au Médiateur de l'Assurance :

- par courrier postal, à l'adresse « La Médiation de l'Assurance – TSA 50110- 75441 PARIS CEDEX 09 »
- en complétant le formulaire en ligne disponible à l'adresse www.mediation-assurance.org

A - INVALIDITES PERMANENTES TOTALES

– Perte totale des deux yeux ou de la vision des deux yeux	100 %
– Perte complète de l'usage des deux membres inférieurs ou supérieurs	100 %
– Aliénation mentale incurable et totale résultant directement et exclusivement d'un accident	100 %

B - INVALIDITES PERMANENTES PARTIELLES (% proportionnels du capital assuré)

TETE

– Perte complète de la vision d'un œil sans énucléation	25 %
– Surdité totale non appareillable résultant directement et exclusivement d'un accident	60 %
– Surdité complète d'une oreille	12 %
– Syndrome subjectif des traumatisés crâniens, troubles post-commotionnels - forme complète	5 %
– Epilepsie généralisée post-traumatique, une ou deux crises convulsives par mois avec traitement	50 %
– Hémiplégie avec contracture :	
• côté droit	70 %
• côté gauche	55 %
– Anosmie absolue	4 %
– Fracture des os propres du nez ou de la cloison, avec gêne respiratoire	3 %
– Sténose nasale totale unilatérale	4 %
– Fracture non consolidée de la mâchoire inférieure	20 %
– Perte totale ou presque totale des dents	
• avec possibilité de prothèse	10 %
• sans possibilité de prothèse	35 %

MEMBRES SUPERIEURS ET EPAULES

	D*t	ND**
– Fracture de la clavicule avec séquelles nettes	5 %	3 %
– Raideurs de l'épaule, peu accentuées	5 %	3 %
– Raideurs de l'épaule, la projection en avant et l'abduction n'atteignant pas 90°	15 %	11 %
– Perte complète de l'usage du mouvement de l'épaule	30 %	22 %
– Amputation du bras au tiers supérieur ou perte complète de l'usage d'un bras	70 %	55 %
– Perte complète de l'usage d'une main	60 %	50 %
– Fracture non consolidée d'un bras	40 %	30 %
– Amputation du pouce :		
• sans conservation du métacarpien	25 %	20 %
• avec conservation du métacarpien	15 %	10 %

	D*	ND**
– Amputation de l'index	10 %	8 %
– Amputation du médius	8 %	6 %
– Amputation de l'annulaire	5 %	3 %
– Amputation de l'auriculaire	5 %	3 %
– Perte complète de l'usage du mouvement du coude	20 %	15 %
– Perte complète des mouvements d'un poignet	12 %	9 %
– Fracture du 1er métacarpien avec séquelles modérées	4 %	3 %
– Fracture du 5ème métacarpien avec séquelles modérées	2 %	1 %

** D= Dominant*

*** ND= Non-dominant*

MEMBRES INFERIEURS			
– Amputation de la cuisse au tiers moyen ou perte complète de l'usage d'un membre inférieur	60 %	– Perte complète du mouvement de la hanche	30 %
– Perte complète d'un pied	40 %	– Perte complète du mouvement du genou	25 %
– Fracture non consolidée de la cuisse	45 %	– Ankylose complète de la cheville en position favorable	12 %
– Fracture non consolidée d'une jambe	40 %	– Séquelles modérées de fracture transversale de la rotule	10 %
– Amputation partielle d'un pied comprenant tous les orteils et une partie du pied	25 %	– Amputation du gros orteil avec son métatarsien	10 %
		– Amputation de deux ou trois orteils d'un pied	2 %

RACHIS – THORAX			
– Fracture de la colonne vertébrale cervicale sans lésion médullaire	10 %	– Algies radiculaires avec irradiation (forme légère)	2 %
		– Fracture isolée du sternum avec séquelles peu importantes	3 %
– Fracture de la colonne vertébrale dorsale-lombaire, tassement avec raideur rachidienne nette sans signes neurologiques	10 %	– Fracture uni-costale avec séquelles peu importantes	1 %
		– Fractures multiples de côtes avec séquelles importantes	8 %
– Cervicalgies avec raideur rachidienne importante	5 %		
– Lombalgies avec raideur rachidienne importante	5 %	– Reliquats d'un épanchement traumatique avec signes radiologiques	5 %

ABDOMEN			
– Splénectomie avec séquelles hématologiques - sans incidence clinique	10 %	– Cicatrice abdominale d'intervention chirurgicale avec éventration de 10 cm non opérable	15 %
– Néphrectomie	20 %		

BON A SAVOIR

Votre Mutuelle est une entreprise d'assurances de droit français dont les activités sont contrôlées par **l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (A.C.P.R.)** - 4 place de Budapest CS 92459 - 75436 PARIS cedex 09.

Votre Mutuelle est réassurée avec caution solidaire de ses engagements auprès de l'Union du **Groupe des Assurances Mutuelles de l'Est (GAMEST)** - 6, bd de l'Europe - BP 3169 - 68063 MULHOUSE Cedex. Le GAMEST se substitue à votre Mutuelle réassurée pour la constitution des garanties prévues par la règlementation des entreprises d'assurances et l'exécution de ses engagements (articles R 322-113 et R 322-117-4 du Code des assurances).

Le présent contrat est régi par le Code des Assurances (dénommé le Code dans le texte) y compris les dispositions impératives applicables aux Départements du Haut Rhin, du Bas Rhin et de la Moselle.

Société d'Assurance Mutuelle à cotisations variables
6 bd de l'Europe – BP 3169– 68063 MULHOUSE
cedex 03

Entreprise régie par le Code des Assurances

Fondatrice du Groupe des Assurances Mutuelles de
l'Est (GAMEST)