

## MONTANT DES GARANTIES ET DES FRANCHISES PAR ASSURE

GARANTIE	CAPITAL	
Décès accidentel	25 000 EUR	
GARANTIE	CAPITAL	FRANCHISE
Invalidité Permanente Totale suite à accident <i>(réductible en fonction du barème joint en cas d'Invalidité Permanente Partielle)</i>	37 500 EUR	Absolue 10 %
GARANTIE	INDEMNITE	FRANCHISE
Frais de traitement suite à accident	2 500 EUR	40,00 EUR

**Maximum garanti**

- par événement : 400 000 EUR
- par assuré : 40 000 EUR

## **SOMMAIRE DES CONDITIONS SPECIALES**

- 1. 🗝 DEFINITIONS COMMUNES**
- 2. OBJET DU CONTRAT**
- 3. DECES SUITE A ACCIDENT**
- 4. INVALIDITE PERMANENTE SUITE A ACCIDENT**
- 5. FRAIS DE TRAITEMENT SUITE A ACCIDENT**
- 6. EXCLUSIONS COMMUNES**
- 7. PRISE D'EFFET DES GARANTIES**
- 8. EXPIRATION DES GARANTIES**

## CONDITIONS SPECIALES

### 1. ✎ DEFINITIONS COMMUNES

Il est convenu que tous les termes utilisés au titre des définitions gardent leur sens tout au long du contrat.

#### Accident :

Toute atteinte corporelle, non intentionnellement causée ou provoquée par l'Assuré ou le bénéficiaire, provenant de l'action soudaine et brutale d'une cause extérieure.

Par extension à la notion d'accident, sont également compris dans l'assurance :

- l'asphyxie, la noyade, l'hydrocution, la chute de la foudre, l'électrocution, l'insolation et la congélation ;
- les inoculations infectieuses dues aux piqûres d'insectes et aux morsures d'animaux ;
- l'empoisonnement causé par des produits alimentaires ou tous autres produits ingérés par erreur ou par suite de l'action criminelle d'un tiers.

NE PEUVENT ETRE CONSIDERES COMME UN «ACCIDENT» AU SENS DE NOTRE DEFINITION :

- LA RUPTURE D'ANEVRISME, L'INFARCTUS DU MYOCARDE, L'EMBOLIE CEREBRALE OU L'HEMORRAGIE MENINGEE,

ces affections étant couvertes au titre de la garantie maladie si elle est souscrite.

#### Alpinisme :

- L'ascension ou descente de montagne nécessitant pour la progression l'usage de cordes, crampons ou piolet ;
- L'escalade de parois rocheuses, équipées ou non ;
- La traversée de milieux glaciaires ;
- La progression en haute montagne à partir de 3 000 mètres d'altitude.

Nous ne considérons pas l'activité ci-après mentionnée comme relevant de la pratique de l'alpinisme et ce, quelle que soit l'altitude où cette activité est pratiquée :

- La pratique du ski alpin sur pistes balisées.

#### Année d'assurance :

La période comprise entre deux échéances principales.

Toutefois :

- si la date d'effet du contrat est distincte de l'échéance principale, la première année d'assurance est la période comprise entre la date d'effet et la première échéance principale ;
- si le contrat expire entre deux échéances principales, la dernière année d'assurance est la période comprise entre la dernière échéance principale et la date d'expiration du contrat.

#### Assuré(s) :

Toute(s) personne(s) physique(s), désignée(s) sous ce nom aux Conditions personnelles.

#### Bénéficiaire :

- En cas de décès, le bénéficiaire est :
  - . la personne physique ou morale désignée sous ce nom aux Conditions personnelles, à défaut
  - . le conjoint survivant de l'assuré, non divorcé, ou non séparé de corps, à défaut
  - . les enfants de l'assuré, vivants ou représentés, à défaut
  - . les ayants droit de l'assuré.
- LE BENEFICIAIRE QUI ATTENTE INTENTIONNELLEMENT A LA VIE DE L'ASSURE PERD TOUT DROIT SUR LE CAPITAL qui reste néanmoins payable aux autres bénéficiaires.
- Pour les autres prestations, le bénéficiaire est l'assuré, sauf mention contraire indiquée aux Conditions personnelles.

#### Cessation des garanties :

Date à laquelle prend effet la résiliation, la dénonciation, l'expiration ou la suspension du contrat.

#### Code :

Code des Assurances.

**Consolidation :**

Jour à partir duquel l'état de l'Assuré est considéré comme stabilisé et définitif au dire d'une autorité médicale compétente. La fixation d'un taux d'invalidité permanente entérine la consolidation.

**Cotisation :**

La somme que doit verser le Preneur d'Assurance, en contrepartie de notre garantie.

**Déchéance :**

La perte du droit à garantie pour le sinistre en cause.

**Délai de carence :**

Période de 90 jours consécutifs pendant laquelle les garanties "maladie" ne sont pas encore en vigueur. Cette période commence à compter de la date d'effet du contrat ou de l'avenant incorporant une garantie maladie. Toute affection ou maladie apparue pendant cette période ainsi que leurs suites et conséquences ne donnent jamais lieu à indemnisation.

**Échéance principale :**

Date qui marque le début de chaque période annuelle d'assurance et prévue aux Conditions personnelles.

**Guerre :**

**civile :**

- opérations militaires étendues dans le temps et dans l'espace, entre une ou plusieurs factions de la population d'un même état souverain. Ces factions sont dotées d'organisation militaire, elles agissent à découvert et ont pour but de renverser le gouvernement établi. A la guerre civile se rattache l'insurrection qui en est le prélude et qui est l'action de groupes organisés et armés, qui se dressent même localement contre le pouvoir établi.

**étrangère :**

- situation de lutte armée entre deux ou plusieurs puissances souveraines, entre peuples n'appartenant pas à la même nation et qui ne sont pas soumis à la même puissance étatique.

**Maximum garanti - ces montants ne sont jamais indexés :**

**Par événement :**

- Dans le cas où la garantie s'exerce en faveur de plusieurs assurés victimes d'un même accident causé par un même événement, notre engagement maximum pour l'ensemble des indemnités à verser ne pourra en aucun cas excéder le montant fixé au tableau "MONTANT DES GARANTIES ET DES FRANCHISES" des Conditions personnelles et ce, quelque soit le nombre de victimes et le maximum garanti par assuré.

**Par assuré :**

- Dans le cas où un accident ou une maladie met en jeu plusieurs garanties souscrites pour un même assuré, le cumul des indemnités à verser par assuré ne pourra en aucun cas excéder le montant fixé au tableau "MONTANT DES GARANTIES ET DES FRANCHISES" des Conditions personnelles

**Nous :**

ALBINGIA, agissant pour son compte et en cas de coassurance, en qualité de gestionnaire du contrat (société apéritrice).

**Preneur d'Assurance :**

La personne physique ou morale, désignée sous ce nom aux Conditions personnelles, qui demande l'établissement du contrat, le signe et s'engage à en payer les cotisations.

Toute personne qui lui serait substituée, légalement ou par accord des parties, sera considérée comme Preneur d'Assurance.

**Prescription :**

Délai au-delà duquel l'assureur et l'assuré ne peuvent plus faire reconnaître leurs droits.

**Sinistre :**

Événement, accident ou maladie, mettant en jeu notre garantie.

Constituent un seul et même sinistre toutes les conséquences ou rechutes d'un même accident ou d'une même maladie.

**Sport aérien :**

- Le parachutisme, le vol à voile, le vol libre, le vol en aérostat, le vol en ULM.
- Tout vol acrobatique.

**Sport amateur :**

Tout sport dont la pratique ne constitue pas l'activité principale de l'assuré et dont ce dernier ne peut tirer aucun bénéfice financier ou matériel, direct ou indirect.

Les sportifs ne correspondant pas à cette définition seront considérés comme sportifs professionnels ou de haut niveau.

**Sportif de haut niveau :**

Toute personne :

- officiellement désignée comme tel et dont le nom figure sur la liste des sportifs de haut niveau arrêtée par le Ministre chargé des sports ou,
- dont l'activité principale est consacrée à la pratique d'un sport quel qu'il soit ou,
- qui pratique un sport en 1ère Division, en équipe nationale ou à un niveau international.

**Subrogation : article L 131-2 du Code**

Transmission à notre bénéfice du droit de recours que possède l'Assuré contre un tiers responsable.

**Suspension :**

La cessation du bénéfice d'une (ou des) garantie(s) du contrat alors qu'il n'est ni résilié, ni annulé.

Elle prend fin par la remise en vigueur ou la résiliation définitive.

**Vie privée :**

Sont considérées comme vie privée, les périodes de la journée qui ne répondent pas à la définition de la vie professionnelle.

**Vie professionnelle :**

- La vie professionnelle est la période de la journée pendant laquelle l'assuré exerce une activité salariée ou rémunérée. Entre dans cette période, le trajet qu'effectue l'assuré pour se rendre directement de son domicile sur les lieux de son activité professionnelle et inversement.
- La vie professionnelle est étendue à la totalité des journées, y compris les jours fériés et les jours de fin de semaine, lorsque l'assuré est en déplacement professionnel pour le compte de son entreprise. Dans ce cas, la vie professionnelle prend effet à partir du moment où l'assuré quitte son domicile ou son lieu de travail dans le but d'effectuer son déplacement professionnel et cesse au premier rallié, de son domicile ou de son lieu de travail.
- Seules les activités professionnelles mentionnées aux Conditions personnelles sont garanties au titre de la vie professionnelle.

## 2. OBJET DU CONTRAT

Accorder une ou plusieurs prestations contractuelles en cas de mise en jeu des garanties souscrites.

Le champ d'application des garanties est précisé sous cette rubrique aux Conditions personnelles.

La nature des garanties ainsi que leur montant, durée et franchise sont indiqués au tableau "MONTANT DES GARANTIES ET DES FRANCHISES" des Conditions personnelles.

Les prestations relatives à chaque garantie sont délivrées selon les modalités des Conditions spéciales, sous réserve des exclusions communes et spécifiques à chaque garantie.

## 3. DECES SUITE A ACCIDENT

 Cette garantie est accordée exclusivement suite à accident

### 3.1. DEFINITION

Disparition :

La disparition au titre du présent contrat n'intervient qu'après :

- expiration d'un délai de 6 mois suivant la déclaration de disparition de l'assuré auprès d'une autorité compétente,
- notre examen de toutes les preuves et justifications disponibles et,
- l'absence de raisons pour ne pas présumer qu'un accident s'est produit.

### 3.2. PRESTATION GARANTIE

Nous versons au bénéficiaire le capital indiqué au tableau "MONTANT DES GARANTIES ET DES FRANCHISES" des Conditions personnelles, si le décès résulte d'un accident garanti ou de ses conséquences et survient dans les 12 mois à compter du jour de l'accident.

La garantie est également acquise en cas de disparition de l'assuré. Cependant, dans le cas où il est constaté que l'assuré est toujours vivant alors que le règlement du capital prévu en cas de décès a été effectué, le ou les bénéficiaires devront nous rembourser intégralement les sommes qu'ils ont reçues au titre de la garantie décès.

### 3.3. PAIEMENT DES PRESTATIONS

Le capital est versé en une seule fois au bénéficiaire.



## 4. INVALIDITE PERMANENTE SUITE A ACCIDENT

 Cette garantie est accordée exclusivement suite à accident

### 4.1. DEFINITIONS

Pour l'application de la présente garantie, il faut entendre par :

**Invalidité permanente totale ou partielle :**

La diminution définitive de la capacité physique d'une personne dont l'état est consolidé ou stabilisé.

Nous entendons par :

- **Invalidité permanente totale** celle entraînant une invalidité de 100 % d'après le barème fixé ci-après.
- **Invalidité permanente partielle**, celle qui donne droit à une fraction du capital prévu pour le cas d'invalidité permanente totale. Cette fraction est proportionnelle au taux d'invalidité prévu au barème ci-après et des dispositions qui le complètent, sans tenir compte de la profession de l'assuré.

**Taux d'Invalidité :**

Le taux fixé à dire d'Expert, selon les modalités du barème ci-après ne tenant compte que de l'atteinte à l'intégrité physique de l'assuré. Ce taux est exprimé en pourcentage.

L'âge, les activités ou la profession de l'assuré ne sont en aucun cas pris en considération pour déterminer ce taux d'invalidité.

**Franchise :**

Le taux d'invalidité au-delà duquel le bénéficiaire perçoit une indemnité.

La franchise peut être relative ou absolue :

- **relative** : toute invalidité dont le taux est supérieur à la franchise mentionnée dans le tableau "MONTANT DES GARANTIES ET DES FRANCHISES" des Conditions personnelles est indemnisée intégralement selon le barème ci-après.
- **absolue** : toute invalidité est systématiquement minorée de la franchise mentionnée dans le tableau "MONTANT DES GARANTIES ET DES FRANCHISES" des Conditions personnelles.

### 4.2. PRESTATIONS GARANTIES

- En cas d'**invalidité permanente totale** il est procédé au versement du capital prévu au tableau "MONTANT DES GARANTIES ET DES FRANCHISES" des Conditions personnelles.
- En cas d'**invalidité permanente partielle** il est procédé au versement d'un capital, calculé en affectant au capital indiqué au tableau "MONTANT DES GARANTIES ET DES FRANCHISES" des Conditions personnelles le taux d'invalidité définitive prévu au barème ci-après.
- La perte ou la lésion de membres ou organes déjà invalides n'est indemnisée que par différence entre l'état antérieur et l'état postérieur à l'accident.
- L'évaluation des lésions de membres ou d'organes provoquées par l'accident ne peut être augmentée à notre égard, par l'état d'infirmité d'autres membres ou organes que cet accident n'a pas intéressé : si les conséquences de l'accident sont aggravées par une maladie, lésion ou invalidité préexistante, l'indemnité se calcule sur les conséquences que cet accident aurait eues chez une personne saine présentant un état de santé normal et non pas sur les conséquences effectives de cet accident.
- En cas de lésions multiples affectant un même membre ou organe, l'indemnité se calcule par addition des taux sans pouvoir dépasser la valeur d'amputation du membre ou organe.
- En cas de lésions multiples affectant plusieurs membres ou organes, l'indemnité se calcule par addition des taux sans pouvoir dépasser le capital assuré en cas d'invalidité permanente totale.

### 4.3. EXCLUSIONS SPECIFIQUES

■ SONT EXCLUS :

- LES PREJUDICES ESTHETIQUES.
- LES AFFECTIONS DE TYPE PUREMENT PSYCHIATRIQUE, LES MALADIES MENTALES, LA DEPRESSION NERVEUSE SOUS TOUTES SES FORMES, L'ALIENATION MENTALE.

### 4.4. PAIEMENT DES PRESTATIONS

Le capital est versé en une seule fois, dès la date de consolidation. Toutefois, l'Assuré pourra demander le versement d'une ou plusieurs avances si, à la fin des 12 mois qui suivent la déclaration de sinistre, la consolidation n'est pas intervenue.

## BAREME

Les cas de mutilation ou d'invalidité permanente sont déterminés et indemnisés comme suit :

### INVALIDITE PERMANENTE TOTALE

Perte totale des deux yeux	100 %
Aliénation mentale incurable et totale	100 %
Perte des deux bras ou des deux mains	100 %
Surdité totale des 2 oreilles, d'origine traumatique	100 %
Ablation de la mâchoire inférieure	100 %
Perte de la parole	100 %
Perte d'un bras et d'une jambe	100 %
Perte d'un bras et d'un pied	100 %
Perte d'une main et d'une jambe	100 %
Perte d'une main et d'un pied	100 %
Perte des deux jambes	100 %
Perte des deux pieds	100 %

### INVALIDITE PERMANENTE PARTIELLE "TETE"

Perte de substance osseuse du crâne dans toute son épaisseur	40 %
surface de au moins 6 centimètres carrés	20 %
surface de 3 à 6 centimètres carrés	10 %
surface inférieure à 3 centimètres carrés	10 %
- Ablation partielle de la mâchoire inférieure branche montante en totalité ou moitié du corps du maxillaire	40 %
Perte d'un oeil	40 %
Surdité complète d'une oreille	30 %

### INVALIDITE PERMANENTE PARTIELLE

"MEMBRES SUPERIEURS"	Droit	Gauche	"MEMBRES INFERIEURS"	
Perte d'un bras ou d'une main	60 %	50 %	Amputation de cuisse : moitié supérieure	60 %
Perte de substance osseuse étendue du bras (lésion définitive et incurable)	50 %	40 %	. moitié inférieure et de jambe	50 %
Paralysie totale du membre supérieur (lésion incurable des nerfs)	65 %	55 %	Perte totale du pied : désarticulation tibio-tarsienne	45 %
Paralysie complète du nerf circonflexe	20 %	15 %	Perte partielle du pied :	
Ankylose de l'épaule	40 %	30 %	. désarticulation sous-astragalienne	40 %
Ankylose du coude en position . favorable 15° autour de l'angle droit	25 %	20 %	. désarticulation médio-tarsienne	35 %
. défavorable	40 %	35 %	. désarticulation tarso-métatarsienne	30 %
Perte de substance osseuse étendue des deux os de l'avant-bras (lésion définitive et incurable)	40 %	30 %	Paralysie :	
Paralysie complète du nerf médian	45 %	35 %	. totale du membre inférieur : lésion incurable des nerfs	60 %
Paralysie complète du nerf radial			. complète du nerf sciatique poplité externe	30 %
. à la gouttière de torsion	40 %	35 %	. complète du nerf sciatique poplité interne	20 %
. à l'avant-bras	30 %	25 %	. complète des 2 nerfs sciatiques poplité externe & interne	40 %
. à la main	20 %	15 %	Ankylose :	
Paralysie complète du nerf cubital	30 %	25 %	. de la hanche	40 %
Ankylose du poignet en position :			. du genou	20 %
. favorable : dans la rectitude et en pronation	20 %	15 %	Perte de substance osseuse étendue :	
. défavorable (flexion ou extension forcée ou en supination)	30 %	25 %	. de la cuisse ou des deux os de la jambe état incurable	60 %
Perte			. de la rotule avec gros écartement des fragments et gêne considérable des mouvements d'extension de la jambe sur la cuisse	40 %
. totale du pouce	20 %	15 %	Perte de substance osseuse de la rotule avec conservation des mouvements	20 %
. partielle du pouce : phalange unguéale	10 %	5 %	Raccourcissement du membre inférieur :	
Ankylose totale du pouce	20 %	15 %	. d'au moins 5 cm	30 %
Amputation			. de 3 à 5 cm	20 %
totale de l'index	15 %	10 %	. de 1 à 3 cm	10 %
. de deux phalanges de l'index	10 %	8 %	Amputation	
. de la phalange unguéale de l'index	5 %	3 %	. totale de tous les orteils	25 %
. simultanée du pouce et de l'index	35 %	25 %	. de quatre orteils dont le gros orteil	20 %
. du pouce et d'un doigt sauf l'index	25 %	20 %	. de quatre orteils	10 %
. de 2 doigts sauf le pouce & l'index	12 %	8 %	Ankylose du gros orteil	10 %
. de 3 doigts sauf le pouce et l'index	20 %	15 %	Amputation de deux orteils	5 %
. de 4 doigts y compris le pouce	45 %	40 %	Amputation d'un orteil (autre que le gros)	3 %
. de 4 doigts le pouce étant conservé	40 %	35 %		
. du médius	10 %	8 %		
. d'1 doigt sauf le pouce, index & médius	7 %	3 %		

SI L'ASSURE EST GAUCHER, LES INDEMNITES PREVUES POUR LES MEMBRES SUPERIEURS SONT INTERVERTIES.

L'INVALIDITE FONCTIONNELLE, TOTALE OU PARTIELLE D'UN MEMBRE OU ORGANE EST ASSIMILEE A LA PERTE TOTALE OU PARTIELLE.

LES INVALIDITES NON ENUMEREES AU BAREME CI-DESSUS SERONT FIXEES A DIRE D'EXPERT.



## 5. FRAIS DE TRAITEMENT SUITE A ACCIDENT

 Cette garantie est accordée exclusivement suite à accident

### 5.1. DEFINITIONS

Pour l'application de la présente garantie, il faut entendre par :

**Frais de traitement :**

Les frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques, d'hospitalisation, de prothèse et de chirurgie réparatrice, ainsi que de transport médicalisé si l'état de l'Assuré exige une hospitalisation ou des soins de rééducation.

**Franchise :**

Montant des frais engagés par l'assuré que nous ne prendrons jamais en charge.

Cette franchise est exprimée en euros.

### 5.2. PRESTATIONS GARANTIES

Sont seuls indemnisés les frais de traitement consécutifs à un accident garanti, effectués sur prescription médicale et dispensés par des praticiens munis des diplômes exigés par les pouvoirs publics.

Ces indemnités interviennent, le cas échéant, en complément des prestations de même nature versées par la Sécurité Sociale ou tout autre régime de prévoyance collective ainsi que toute autre assurance souscrite antérieurement au présent contrat, sans que l'assuré puisse percevoir au total un montant supérieur à ses débours réels.

### 5.3. EXCLUSIONS SPECIFIQUES

■ SONT EXCLUS :

- LES FRAIS MEDICAUX NON PRIS EN CHARGE PAR UN REGIME OBLIGATOIRE.
- LES FRAIS DE TRANSPORT REPETITIFS LIES A UNE AFFECTION CHRONIQUE.
- LES TRAITEMENTS DE REEDUCATION QUI NE SERAIENT NI FONCTIONNELLE NI MOTRICE.
- LES FRAIS DE CURE THERMALE ET DE SEJOUR EN MAISON DE REPOS.

### 5.4. PAIEMENT DES PRESTATIONS

Le remboursement des frais engagés est effectué au fur et à mesure de la production des justificatifs ainsi que, s'il y a lieu, des décomptes de remboursements des organismes sociaux ou régimes de prévoyance auxquels l'assuré est affilié.

## 6. EXCLUSIONS COMMUNES

LES EXCLUSIONS DEFINIES CI-APRES VALENT POUR TOUTES LES GARANTIES INDIVIDUELLE ACCIDENT ET COMPLETENT LES EXCLUSIONS SPECIFIQUES A CHAQUE GARANTIE.

■ **SONT EXCLUS**

- A. LA GUERRE CIVILE OU ETRANGERE, DECLAREE OU NON ;
- B. LES EFFETS DIRECTS OU INDIRECTS D'EXPLOSIONS OU DE DEGAGEMENTS DE CHALEUR OU D'IRRADIATIONS, PROVENANT DE LA TRANSMUTATION DE NOYAUX D'ATOMES ; toutefois la garantie reste acquise lorsque ces lésions sont causées par une manipulation incorrecte ou un fonctionnement défectueux d'appareils médicaux au cours d'une thérapie à base de radiations ionisantes pratiquée par un membre du corps médical autre que l'assuré lui-même ;
- C. LE SUICIDE OU LA TENTATIVE DE SUICIDE, AINSI QUE TOUTE LESION CAUSEE OU PROVOQUEE INTENTIONNELLEMENT PAR L'ASSURE OU LE BENEFICIAIRE ;
- D. LA PARTICIPATION ACTIVE DE L'ASSURE A DES RIXES, sauf cas de légitime défense, DES EMEUTES, DES ATTENTATS, DES ACTES DE TERRORISME OU DE SABOTAGE ;
- E. L'USAGE DE DROGUES, STUPEFIANTS OU PRODUITS TOXIQUES NON PRESCRITS MEDICALEMENT ;
- F. LES ACCIDENTS DE LA ROUTE DONT L'ASSURE EST VICTIME LORSQU'IL EST CONDUCTEUR D'UN VEHICULE A MOTEUR ET QUE SON ALCOOLEMIE EST EGALE OU SUPERIEURE A LA LIMITE FIXEE PAR LA REGLEMENTATION ROUTIERE FRANÇAISE EN VIGUEUR AU JOUR DU SINISTRE ;
- G. LA NAVIGATION AERIENNE EN QUALITE DE :
  - PILOTE OU PERSONNEL NAVIGANT,
  - PASSAGER sauf sur les lignes commerciales exploitées par les Compagnies agréées pour effectuer le transport public de personnes ;
- H. L'USAGE PAR L'ASSURE, A TITRE DE PASSAGER OU DE CONDUCTEUR, D'UN VEHICULE A 2 OU 3 ROUES, D'UNE CYLINDREE SUPERIEURE A 125 CM<sup>3</sup> ;
- I. LA PARTICIPATION A DES EPREUVES DE VITESSE, DES ESSAIS OU DES COMPETITIONS NECESSITANT L'UTILISATION D'ENGINS A MOTEUR ;
- J. LA PRATIQUE PAR L'ASSURE DE :
  - TOUT SPORT EN QUALITE DE SPORTIF PROFESSIONNEL OU DE HAUT NIVEAU,
  - TOUT SPORT AERIEN,
  - LA PLONGEE SOUS-MARINE AVEC BOUTEILLE, L'ALPINISME, L'ESCALADE, LA SPELEOLOGIE, LES SPORTS DE COMBAT AVEC OU SANS ARME, LE SAUT EN ELASTIQUE, LE HOCKEY SUR GLACE.

## 7. PRISE D'EFFET DES GARANTIES

Sauf dispositions contraires mentionnées aux Conditions personnelles, les garanties accident et maladie prennent effet :

- pour l'accident, à la date d'effet du contrat,
- pour la maladie, après expiration du délai de carence.

## 8. EXPIRATION DES GARANTIES

Sauf dispositions contraires mentionnées aux Conditions personnelles, les garanties du contrat cesseront de plein droit et sans autre avis à l'échéance principale qui suit :

- Le 70<sup>ème</sup> anniversaire de l'assuré pour les garanties relatives à l'accident.

## CONDITIONS GENERALES

### ASSURANCE DES PERSONNES

N° 414

Pour la lecture des présentes Conditions Générales, il est précisé que par «Code», il faut entendre «Code des Assurances».

#### 1. OBJET DU CONTRAT

Le contrat garantit l'Assuré contre les risques définis aux Conditions Personnelles et Spéciales.

#### 2. DECLARATIONS

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

##### 2.1 A LA SOUSCRIPTION

Le Preneur d'assurance ainsi que l'assuré doivent répondre exactement et par écrit, sous peine des sanctions prévues à l'article 2.4 ci-dessous, aux questions que l'assureur leur aura posées dans le formulaire de déclaration du risque, par lettre ou questionnaire.

##### 2.2 EN COURS DU CONTRAT

Le Preneur d'assurance ou, à défaut l'Assuré, doit nous déclarer toute modification du risque tel qu'il a été présenté dans le formulaire de déclaration du risque et défini aux Conditions Personnelles, sous peine des sanctions prévues à l'article 2.4 ci-dessous.

Cette déclaration doit être faite par lettre recommandée, dans un délai de 15 jours à partir du moment où l'un ou l'autre en a eu connaissance.

##### 2.3 AUTRES ASSURANCES

Si un ou plusieurs risques assurés par le présent contrat sont ou viennent à être couverts par une autre assurance, le Preneur d'assurance et l'Assuré doivent en faire immédiatement la déclaration à l'Assureur et lui indiquer, lors de cette communication, le nom de l'Assureur avec lequel une autre assurance a été contractée, ainsi que les sommes assurées (art. L.121-4 du Code).

#### 2.4 SANCTIONS EN CAS D'INOBSERVATION DE CES DECLARATIONS

- Toute réticence, fausse déclaration, omission ou inexactitude dans la déclaration, à la souscription ou en cours de contrat, des circonstances visées à l'article 2, peut être sanctionnée, même si elle a été sans influence sur le sinistre, par :  
la nullité du contrat en cas de mauvaise foi du Preneur d'assurance ou de l'Assuré (article L.113-8 du Code),  
la réduction de l'indemnité en cas de sinistre si la mauvaise foi du Preneur d'assurance ou de l'Assuré n'est pas établie : l'indemnité sera réduite en proportion des cotisations payées par rapport aux cotisations qui auraient été dues, si les risques avaient été exactement et complètement déclarés (article L.113-9 du Code).

- Quand plusieurs assurances contre un même risque sont contractées de manière dolosive ou frauduleuse, les sanctions prévues à l'art L.121.3, premier alinéa du Code sont applicables (nullité du contrat, voire dommages et intérêts).

#### 3. PRISE D'EFFET & DUREE

Le contrat prend effet aux date et heure indiquées aux Conditions Personnelles. Il est conclu pour la durée prévue aux Conditions Personnelles signées par le Preneur d'assurance.

A l'expiration de cette durée, et si mention en est faite aux Conditions Personnelles, il sera renouvelé de plein droit, d'année en année, par tacite reconduction, sauf dénonciation par l'une ou l'autre des parties, dans les formes prévues à l'article 6 ci-dessous pour la résiliation.

Les garanties s'appliquent :

en cas d'accident, dès la prise d'effet,

en cas de maladie, après expiration d'un délai de carence le cas échéant.

#### 4. COTISATION

##### 4.1 PAIEMENT DE LA COTISATION

La cotisation (ou en cas de fractionnement, les fractions de cotisation) dont le montant est indiqué aux Conditions Personnelles, ainsi que les frais et taxes sur le montant d'assurance, sont payables au Siège social de l'Assureur ou au domicile du mandataire éventuellement désigné par lui à cet effet. Elle est payable à la date d'échéance ou aux dates indiquées aux Conditions Personnelles.

##### 4.2 NON PAIEMENT DE LA COTISATION

A défaut de paiement d'une cotisation (ou d'une fraction de cotisation) dans les 10 jours de son échéance et indépendamment de son droit de poursuivre l'exécution du contrat en justice, l'Assureur peut, par lettre recommandée adressée au Preneur d'assurance à son dernier domicile connu, suspendre la garantie 30 jours après l'envoi de cette lettre (ou de sa remise au destinataire, si celui-ci est domicilié hors de France Métropolitaine).

Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la 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 10 jours après l'expiration du délai de 30 jours mentionné ci-dessus.

Le contrat non résilié reprend pour l'avenir ses effets, à midi, le lendemain du jour où ont été réglées à l'Assureur la cotisation impayée, (ou en cas de fractionnement, les fractions de cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure), et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuites et recouvrement.

#### 4.3 ADAPTATION DES PRESTATIONS ET DES COTISATIONS

Si cela est prévu aux Conditions Personnelles, le montant des prestations garanties, ainsi que la cotisation, seront revalorisés chaque année, à la date d'échéance principale. Chaque partie a la possibilité de renoncer à cette revalorisation, en notifiant sa décision à l'autre partie, 2 mois au moins avant l'échéance principale. Dans ce cas, le montant des prestations et la cotisation seront stabilisés au niveau atteint lors de l'échéance principale précédente.

#### 4.4 REVISION DU TARIF

Si l'Assureur est amené à modifier le tarif applicable, pour des raisons autres que celles prévues aux articles 4.5. et 4.6, la cotisation est modifiée dans la même proportion, à compter de l'avis d'échéance qui suit cette modification.

Dans le cas de majoration de la cotisation, le Preneur d'assurance en sera informé dans un délai de 2 mois avant l'échéance et pourra, en cas de refus, résilier le contrat dans un délai de 30 jours à compter de la date où il en aura été informé. La résiliation prendra alors effet, à la date d'échéance.

#### 4.5 AGGRAVATION DU RISQUE

Lorsque cette modification constitue une aggravation telle que, si le nouvel état de choses avait existé lors de la souscription, l'Assureur n'aurait pas contracté ou ne l'aurait fait que moyennant une cotisation plus élevée, l'Assureur peut soit résilier le contrat moyennant préavis de 10 jours, soit proposer une nouvelle cotisation. Le Preneur d'assurance bénéficie d'un délai de 30 jours pour refuser la nouvelle cotisation (le silence valant refus), à l'expiration duquel l'Assureur pourra prévoir la résiliation du contrat (art. L.113-4 du Code), moyennant préavis de 10 jours.

#### 4.6 DIMINUTION DU RISQUE

Si le Preneur d'assurance justifie d'une diminution des risques garantis, la cotisation peut être réduite par avenant. Cette réduction ne porte que sur les cotisations à échoir après la demande de réduction. Si l'Assureur refuse de diminuer la cotisation, le Preneur d'assurance peut résilier le contrat, moyennant un préavis de 30 jours, et obtenir le remboursement du prorata de cotisation non couru.

### 5. OBLIGATIONS EN CAS DE SINISTRE

#### 5.1 DECLARATION A L'ASSUREUR

En cas de sinistre, l'Assuré, ou à défaut le Preneur d'assurance ou le Bénéficiaire, doit :

Dès qu'il en a connaissance et au plus tard dans les 5 jours ouvrés, aviser l'Assureur ou son représentant légal, par écrit - de préférence par lettre recommandée - ou verbalement contre récépissé.

**A défaut, sauf cas fortuit ou de force majeure, le bénéficiaire serait déchu de tout droit à indemnité pour le sinistre en cause, si l'Assureur établit l'existence d'un préjudice consécutif à ce retard.**

Indiquer à l'Assureur dans la déclaration du sinistre ou, en cas d'impossibilité, dans une déclaration ultérieure faite dans le plus bref délai :

- le N° du contrat,
- la date et les circonstances du sinistre, ses causes connues ou présumées,

- s'il s'agit d'un accident, les nom et adresse de ces auteurs (s'ils sont connus) et si possible des témoins, ainsi que le procès verbal ou rapport de l'autorité qui est intervenue,
- s'il s'agit d'une maladie, la nature de celle-ci,
- le nom du Médecin-traitant,
- et, les garanties souscrites pour les mêmes risques auprès d'autres assureurs.

#### Adresser à l'Assureur :

en cas d'hospitalisation, d'arrêt de travail, de frais médicaux :

- le certificat du médecin, du chirurgien ou du centre hospitalier appelé à donner les premiers soins, décrivant les blessures et fixant la durée prévisible de l'arrêt d'activité,
- un certificat médical de prolongation, si l'assuré n'est pas en mesure de reprendre son activité à la date fixée par le précédent certificat, ce certificat devant nous parvenir dans un délai de 10 jours suivant la date d'expiration du précédent certificat.

**A défaut, sauf cas fortuit ou de force majeure, le bénéficiaire serait déchu de tout droit à indemnité pour le sinistre en cause, si l'Assureur établit l'existence d'un préjudice consécutif à ce retard.**

- les factures, feuilles de maladie, honoraires de médecin, relevés de la 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.

en cas de rapatriement sanitaire :

- le certificat du médecin attestant et justifiant la nécessité du rapatriement ainsi que le moyen de transport utilisé,
- tout document (factures et titres de transport etc. ...) justifiant les frais engagés par l'assuré pour son rapatriement,
- Les feuilles de remboursement dont l'Assuré a été bénéficiaire pour le voyage retour initialement prévu.

en cas d'incapacité permanente ou de perte de profession :

- le certificat médical du médecin.

en cas de décès :

- le certificat de décès attestant qu'il s'agit d'un décès accidentel et mentionnant la cause exacte du décès,
- les documents légaux établissant la qualité du (des) bénéficiaire (s) ainsi que les coordonnées du notaire chargé de la succession.

#### 5.2 JUSTIFICATIONS A APPORTER

L'Assuré ou le Bénéficiaire doit apporter la preuve de l'existence et de l'étendue du sinistre. Il doit fournir spontanément, et au plus tard dans le délai d'un mois suivant la demande de l'Assureur, tous renseignements et attestations, tels que des certificats médicaux en cas de prolongation de la durée de l'incapacité temporaire, toutes les pièces justifiant des frais supportés par lui et tous autres compléments d'information demandés par l'assureur.



### 5.3 SANCTIONS

- Si, sauf cas fortuit ou de force majeure, le Preneur d'assurance, l'Assuré ou le Bénéficiaire ne se conforme pas aux dispositions de l'article 5.1, ou si, de mauvaise foi, il fait de fausses déclarations sur la date, la nature, les causes, les circonstances et les conséquences d'un sinistre, emploie comme justificatifs des documents inexacts ou use de moyens frauduleux, le Bénéficiaire est entièrement déchu de tout droit aux prestations pour ce sinistre. Si celles-ci sont déjà réglées, elles doivent être remboursées à l'Assureur.
- Dans les autres cas, l'Assureur peut réduire les prestations, proportionnellement aux dommages que le manquement peut lui causer.
- Lorsque les conséquences d'un accident ou d'une maladie, sont aggravées par un manque de soins dû à la négligence de l'Assuré, ou par un traitement empirique, les prestations seront fixées d'après les conséquences qu'auraient eues l'accident ou la maladie chez une personne soumise à un traitement médical.

### 5.4 CONTROLE DE L'ASSUREUR

Les médecins désignés par l'Assureur doivent, sauf opposition justifiée, avoir libre accès auprès de l'Assuré, afin de constater son état.

Les représentants de l'Assureur doivent également pouvoir effectuer toutes vérifications nécessaires.

Le refus par l'Assuré ou, s'il s'agit d'un mineur ou d'un incapable majeur, par ses représentants légaux, de se conformer à ces obligations, après l'envoi d'une lettre recommandée de mise en demeure, entraîne la déchéance de tout droit aux prestations pour le sinistre en cause.

### 5.5 PAIEMENT DES PRESTATIONS

Les prestations, fixées d'après leur valeur au jour du sinistre, sont versées dans les 30 jours, soit de l'accord amiable, soit de la décision judiciaire exécutoire, sous réserve de dispositions contraires indiquées par ailleurs. Le délai, en cas d'opposition, ne court que du jour de la mainlevée. A défaut et sauf cas fortuit ou de force majeure, l'indemnité portera, à compter de l'expiration de ce délai, intérêt au taux légal.

Les sinistres en cours à la date de cessation des garanties continuent à être pris en charge jusqu'à leur terme, sous réserve de l'application du délai de prescription.

Toutefois, les Indemnités Journalières ne sont réglées que jusqu'à la date de résiliation, dans les cas suivants :

- résiliation à l'initiative du Preneur d'assurance, sauf s'il s'agit d'une résiliation en application des articles 4.4. ou 4.6 ci-dessus.
- résiliation par l'Assureur pour non paiement de la cotisation (article 4.2 ci-dessus).

### 5.6 EXPERTISE

En cas de désaccord sur l'existence, les causes ou les conséquences d'un sinistre, les parties soumettront leur différend à deux médecins désignés, l'un par l'Assuré ou le Bénéficiaire, l'autre par l'Assureur.

S'il y a divergence de vues entre les deux médecins, ceux-ci en désigneront un troisième pour les départager.

Faute par l'une des parties de nommer son médecin, ou par les deux médecins de s'entendre sur le choix du troisième, la désignation sera effectuée, à la requête de la partie la plus diligente, par le Président du Tribunal compétent du lieu où l'accident s'est produit, ou du domicile de l'Assuré.

Les trois médecins opéreront en commun et à la majorité des voix. Chaque partie paiera les frais et honoraires du médecin désigné par elle et, s'il y a lieu, la moitié de ceux du troisième médecin et des frais de sa nomination.

### 5.7 SUBROGATION

L'Assureur est subrogé, s'il y a lieu, dans les termes de l'art. L.131-2 du Code, jusqu'à concurrence de l'indemnité qu'il a payée, dans les droits et actions de l'Assuré, contre tout responsable du sinistre. Si la subrogation ne peut pas, du fait de l'Assuré, s'opérer en faveur de l'Assureur, la garantie de celui-ci cesse d'être engagée dans la mesure où aurait pu s'exercer la subrogation.

## 6. RESILIATION

### 6.1 CAS OU LE CONTRAT EST RESILIALE

Par le Preneur d'assurance ou l'Assureur :

- en cas de modification ou de cessation du risque (article L.113-16 du Code),

Par le Preneur d'assurance :

- chaque année, à la date d'échéance principale, moyennant préavis de deux mois au moins,

En cas de :

- diminution du risque si l'Assureur refuse de réduire la cotisation en conséquence (art. L.113-4 du Code),
- résiliation par l'Assureur d'un autre contrat après sinistre (art. R.113-10 du Code),
- majoration de la cotisation.

Par l'Assureur :

- à la date d'échéance principale, moyennant préavis de deux mois au moins, étant précisé que cette faculté de résiliation ne peut s'exercer que durant les deux premières années d'assurance pour les contrats de particuliers ou les contrats groupe à adhésion facultative (autres que ceux couvrant le décès exclusivement),
- en cas de non-paiement des cotisations (art. L.113-3 du Code),
- en cas d'omission ou d'inexactitude dans la déclaration du risque à la souscription ou en cours de contrat (art. L.113-9 du Code),
- en cas d'aggravation du risque (Article L.113.4. du Code),
- après sinistre, le Preneur d'assurance ayant alors le droit de résilier les autres contrats qu'il a souscrit auprès de l'assureur (Article R.113.10 du Code).

De plein droit et sauf convention contraire aux Conditions Personnelles :

- en cas de décès de l'Assuré,
- après sinistre ayant pour conséquence une invalidité permanente totale ou une perte de profession,
- en cas de retrait de l'agrément de l'Assureur (art. L.326-12 du Code).

### 6.2 FORMES DE LA RESILIATION

Lorsque le Preneur d'assurance a la faculté de résilier le contrat, il peut le faire soit par lettre recommandée avec récépissé, soit par une déclaration au siège social de l'Assureur, ou à son représentant légal, en demandant qu'un récépissé soit délivré, par une notification faite par un huissier.

Lorsque l'Assureur décide de résilier le contrat, la notification est faite au Preneur d'assurance, par lettre recommandée adressée à son dernier domicile connu.



En cas de résiliation pour changement de domicile, de situation ou régime matrimonial, de profession, pour retraite ou cessation définitive d'activité professionnelle (art. L.113-16 du Code), la résiliation doit être notifiée, à l'autre partie, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, indiquant la nature et la date de l'événement invoqué.

Si la résiliation émane du Preneur d'assurance, elle devra comporter toute précision de nature à établir qu'elle est en relation directe avec ledit événement.

La demande de résiliation doit être faite :

- si elle émane du Preneur d'assurance, dans les trois mois suivant la date de l'événement,
- si elle émane de l'Assureur, dans les trois mois suivant le jour où l'Assureur a reçu notification de l'événement, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

### 6.3 PRISE D'EFFET DE LA RESILIATION

La résiliation prend effet un mois après la date d'envoi de la notification (le cachet de la poste faisant foi), à l'exception des cas suivants :

- résiliation pour l'échéance principale : la résiliation intervient à l'échéance principale,
- décès de l'Assuré, invalidité permanente totale ou perte de profession de l'Assuré : le jour du versement du capital : la résiliation intervient immédiatement,
- aggravation du risque (article 4.5 ci-dessus), omission ou inexactitude dans la déclaration du risque : la résiliation intervient 10 jours après notification à l'autre partie,
- non-paiement des cotisations : la résiliation peut intervenir à partir du 10ème jour suivant la date de suspension de la garantie (article 4.2 ci-dessus),
- retrait de l'agrément de l'Assureur : la résiliation intervient le 40ème jour, à midi, à compter de la publication au Journal Officiel.

### 6.4 SORT DE LA COTISATION PAYEE D'AVANCE

Dans les cas où la résiliation intervient au cours d'une période d'assurance, l'Assureur rembourse au Preneur d'assurance la portion de cotisation afférente à la période pendant laquelle les risques ne sont plus garantis. Toutefois, l'Assureur a droit à la totalité des cotisations échues en cas de résiliation pour non-paiement de cotisation (article 4.2 ci-dessus).

## 7. MODIFICATION, PROLONGATION DU CONTRAT

Toute proposition du Preneur d'assurance visant, à modifier ou prolonger le présent contrat, ne peut être valablement notifiée que par lettre recommandée adressée au siège social de l'Assureur, ou à son représentant légal (article L.112-2 du Code).

## 8. PRESCRIPTION - ELECTION DE DOMICILE

Conformément à l'article L.114-1 du Code des assurances « Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. 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.

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

Conformément à l'article L.114-2 du Code des assurances

« La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription 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 ». Les causes ordinaires d'interruption de la prescription auxquelles se réfère l'article L.114-2 du code des assurances sont la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (article 2240 du code civil), la demande en justice, même en référé, (article 2241 à 2243 du code civil), ou un acte d'exécution forcée (article 2244 à 2246 du code civil).

Pour la garantie décès consécutif à un accident, la prescription est portée à 10 ans lorsque les bénéficiaires du contrat sont les ayants-droit de l'assuré.

Pour l'exécution du présent contrat, l'Assureur fait élection de domicile en son siège social en France. Seule est reconnue la compétence des juridictions françaises sauf disposition contraire prévue aux Conditions Personnelles.

## 9. INFORMATIQUE, FICHIERS, LIBERTE

Conformément à l'article de la loi du 06/01/1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, l'Assuré peut demander à l'Assureur, communication et rectification de toute information le concernant qui figurerait sur tout fichier à usage de la société, de ses mandataires et des organismes professionnels concernés.

## 10. INFORMATION DES ASSURES/RECLAMATION

Conformément à la loi 94-5 du 4 janvier 1994, la Compagnie ALBINGIA précise quels sont les différents moyens d'information dont disposent les assurés concernant le présent contrat d'assurance.

### 1. L'intermédiaire d'assurance agissant en qualité de mandataire des assurés est l'interlocuteur privilégié

Si les assurés souhaitent obtenir des informations supplémentaires sur le présent contrat d'assurance, son fonctionnement, ses garanties, ils peuvent contacter leur intermédiaire d'assurance dont les coordonnées figurent sur les documents contractuels.

### 2. Contacter la Compagnie ALBINGIA

Si les assurés ne parviennent pas à trouver une solution avec leur intermédiaire d'assurance, ils peuvent contacter la Compagnie ALBINGIA au 01.41.06.70.00. Il suffira de préciser le numéro de contrat ou de sinistre et les assurés seront mis immédiatement en relation avec un chargé de clientèle ou un gestionnaire sinistre apte à répondre aux questions dans les meilleurs délais.

### 3. Les assurés souhaitent adresser une réclamation à la Direction Clientèle de la Compagnie ALBINGIA

Si les assurés souhaitent faire part de leur mécontentement à l'encontre de la Compagnie ALBINGIA, ils peuvent adresser leur réclamation à la Direction du développement d'ALBINGIA qui s'engage à accuser réception de la réclamation sous 10 jours ouvrables et adresser une réponse sous 20 jours ouvrables à compter de l'envoi de l'accusé réception, sauf si la complexité nécessite un délai supplémentaire.

Toute réclamation peut être adressée soit :

Par courrier :

ALBINGIA Direction du développement  
109/111 rue Victor Hugo  
92300 - LEVALLOIS PERRET

Par courriel : [directiondudeveloppement@albingia.fr](mailto:directiondudeveloppement@albingia.fr)

#### 4. Le recours au Médiateur de l'assurance

Si les réponses apportées à la réclamation sont considérées comme non satisfaisantes, un recours peut être présenté au Médiateur de la FFSA. Attention, il est à noter que seuls les litiges touchant les particuliers sont de la compétence de ce dernier.

A ce titre, il faut entendre par « *particulier* » au sens de la directive 2011/83/UE du 25 octobre 2011 : « *Toute personne physique qui agit à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale, industrielle, artisanale ou libérale* ».

Le médiateur peut être saisi :

**Par courrier :**

Le Médiateur de la FFSA

BP290

75425 Paris Cedex 09

**Par télécopie :** Au 01 45 23 27 15

**Par courriel :** [le.mediateur@mediation-assurance.org](mailto:le.mediateur@mediation-assurance.org)

Il est possible de consulter la chartre de médiation sur « [www.ffsa.fr](http://www.ffsa.fr) »

#### 5. Autorité chargée du contrôle des opérations de la Compagnie ALBINGIA

Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR)

61 rue Taitbout

75436 Paris Cedex 09