

CAPITAL DIAGNOSTIC ET CONVALESCENCE

Conditions Générales



Pour toutes demandes d'information concernant votre contrat, contactez :

Pour l'instruction de votre dossier indemnisation et son règlement, contactez :

Pour la gestion de votre contrat, contactez :

Pour la résiliation de votre contrat, contactez :

Vos contacts

AMERICAN EXPRESS

Par téléphone au 01 47 77 74 64 - Choix 2
du lundi au vendredi de 9 h à 18 h

Chubb European Group SE

4 possibilités pour déclarer un sinistre :

- En ligne :
<https://www.chubbclaims.com/ace/fr-fr/welcome.aspx>
- Par email : AHdeclaration@chubb.com
- Par courrier : Chubb European Group SE
Service Indemnisation American Express
La Tour Carpe Diem - 31 place des Corolles
Esplanade Nord, 92400 Courbevoie Cedex.
- Par téléphone : 01 55 91 47 98
du lundi au jeudi de 9 h à 17h30, le vendredi de 9 h à 17 h

Chubb European Group SE

Par téléphone au 01 55 91 47 71
du lundi au jeudi de 9 h à 17h30, le vendredi de 9 h à 17 h

Service Résiliation American Express

Par téléphone au 01 47 77 74 64 Choix 2

du lundi au vendredi de 9 h à 18 h

- Par email : amexresiliation@aexp.com
- Par courrier : American Express Carte France
Immeuble Voyager - Service Assurances
8/10 rue Sainte Claire Deville - 92500 Rueil Malmaison

CHUBB®



Sommaire

	Page
PRÉAMBULE	3
Loi Applicable, Faculté de renonciation	
ARTICLE 1	3
Les définitions	
ARTICLE 2	4
Objet du contrat	
ARTICLE 3	4
Prise d'effet des garanties, déclaration du risque, acceptation par l'assureur	
ARTICLE 4	5
Durée de votre contrat	
ARTICLE 5	5
Les garanties de votre contrat	
ARTICLE 6	5
Franchise et période d'attente	
ARTICLE 7	5
Les exclusions du contrat	
ARTICLE 8	6
La cotisation du contrat	
ARTICLE 9	6
La résiliation du contrat	
ARTICLE 10	6
Que faut-il faire en cas de sinistre ?	
ARTICLE 11	7
Dispositions diverses	
ARTICLE 12	8
Protection des données à caractère personnel	
ARTICLE 13	8
Respect des Sanctions économiques & commerciales	

PRÉAMBULE

LOI APPLICABLE

Le présent contrat est régi par le Code des Assurances (ci-après dénommé le Code), par les présentes Conditions Générales et par les Conditions Particulières jointes. La loi applicable à ce contrat est la Loi Française. Les présentes Conditions Générales valant notice d'information ont pour objet de décrire les garanties accordées au titre du contrat « Capital Diagnostic et Convalescence » assuré par Chubb European Group SE. Votre contrat est composé des présentes Conditions Générales et des Conditions Particulières jointes.

FACULTÉ DE RENONCIATION

Conformément à l'article L.112-10 du Code des assurances, Vous pouvez, dans les trente (30) jours calendaires qui suivent votre souscription ou à compter du paiement de tout ou partie de la première prime lorsque vous bénéficiez d'une ou plusieurs primes d'assurance gratuites, renoncer à celle-ci et obtenir le remboursement intégral de la prime déjà versée dans un délai de trente (30) jours, sous réserve que vous n'ayez pas expressément demandé l'indemnisation d'un Sinistre au cours de cette période, en adressant une lettre à :

**Libre réponse 63411 - Chubb European Group SE
La Tour Carpe Diem - 31, Place des Corolles Esplanade Nord
92400 Courbevoie Cedex**

Modèle de lettre recommandée de renonciation :

Je, soussigné(e) :
demeurant à :

déclare renoncer à la souscription au contrat « Capital Diagnostic et Convalescence » American Express N° : et vous prie de bien vouloir me rembourser l'intégralité des sommes éventuellement versées dans un délai maximum de 30 jours, à compter de la réception de la présente lettre.

Fait le : Signature :

ARTICLE 1

LES DÉFINITIONS

Pour l'application du présent contrat, on entend par :

Accident : Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'Assuré et provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure. Les intoxications alimentaires, la noyade et l'asphyxie sont assimilées à un Accident. Il est précisé que la survenance brutale d'une Maladie (Accident Vasculaire Cérébral, Infarctus du myocarde, Crise Cardiaque, ruptures d'anévrisme, épilepsie, hémorragie cérébrale, ...) ne peut être assimilée à un Accident.

Assuré : Le Titulaire de Carte, résidant en France Métropolitaine, dans un Département et région d'Outre-Mer (Martinique, Guadeloupe, Guyane, La Réunion, Mayotte), à Saint-Martin, Saint-Barthélemy, Saint-Pierre-et-Miquelon, qui a demandé l'établissement du contrat, s'est engagé au paiement des cotisations et dont le nom est indiqué dans les Conditions Particulières. Peut également être assuré à la demande du Titulaire de Carte, son Conjoint, ses enfants âgés de 1 mois à 20 ans, sous réserve de respecter les conditions de lieu de résidence susvisées.

Tout assuré doit être âgé de 18 à 65 ans à la date de souscription du contrat. Les garanties cesseront automatiquement à l'égard de tout Assuré atteignant l'âge de 79 ans à compter de l'échéance annuelle suivant son 79^{ème} anniversaire ou 20^{ème} anniversaire pour les enfants.

Assureur : Chubb European Group SE, entreprise régie par le Code des assurances, au capital social de 896,176,662 euros, siège La Tour Carpe Diem - 31 place des Corolles, Esplanade Nord, 92400 Courbevoie Cedex, immatriculée au RCS de Nanterre sous le numéro 450 327 374. Chubb European Group SE est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située 4, Place de Budapest, CS 92459, 75436 PARIS CEDEX 09.

Bénéficiaire :

- La ou les personnes qui reçoit(vent) de l'Assureur les sommes dues au titre d'un Sinistre.
- Le Bénéficiaire est la personne assurée sauf pour les Enfants, pour lesquels le Bénéficiaire est le Souscripteur.

Le compte-Carte : Désigne le compte ouvert par American Express au nom du Titulaire pour l'enregistrement de toutes les sommes dues par celui-ci à American Express. Ces sommes appelées « débits » incluent vos dépenses par Carte, y compris les cotisations mensuelles ou annuelles des contrats d'assurances souscrits par le Titulaire de Carte.

Concubin : Personne liée à l'Assuré par un lien de concubinage au sens de l'article 515-8 du Code civil et déclarée comme tel suite à l'établissement d'un certificat de vie commune (ou de concubinage).

Conditions Particulières : Document remis à l'Assuré en confirmation de sa souscription au présent contrat et sur lequel sont mentionnés, notamment, les garanties et leurs montants, la date de prise d'effet du contrat et de la garantie du contrat, la cotisation correspondante et sa périodicité de règlement, la désignation d'un Bénéficiaire le cas échéant.

Conjoint : Désigne l'époux ou l'épouse du Titulaire non séparé(e) de corps par un jugement définitif, son concubin ou sa concubine déclaré(e) ou le(a) cosignataire d'un pacte civil de solidarité avec le Titulaire.

Cotisation : Somme versée à l'Assureur en contrepartie des garanties accordées au titre du présent contrat d'assurance.

Courtier d'Assurance : American Express Carte France - Société Anonyme, au capital de 77 873 000 € - RCS Nanterre B 313 536 898 - Siège Social : 8-10 rue Henri Sainte-Claire Deville 92500 Rueil-Malmaison, France. Assurance de Responsabilité Civile Professionnelle conformes aux Articles L512-6 et L512-7 du Code des Assurances. Société immatriculée en tant qu'intermédiaire en assurance auprès de l'ORIAS (Organisme pour le Registre des Intermédiaires en Assurance, 1 rue Jules Lefebvre - 75311 Paris Cedex 09) sous le numéro 07023512 - (<http://www.orias.fr>), et soumise au contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - 4, Place de Budapest, CS 92459, 75436 PARIS CEDEX 09).

Date d'effet : Date indiquée dans les Conditions Particulières, à compter de laquelle les garanties deviennent effectives.

- En cas de souscription par courrier, elle correspond à la date de réception par l'Assureur de la demande de souscription envoyée par l'Assuré ;
- En cas de souscription par téléphone, la date d'effet est 48 h après l'entretien téléphonique lors duquel le consentement a été recueilli. Entre la date de l'entretien téléphonique et la date d'effet, durant cette période aucun sinistre ne sera couvert. L'enregistrement, autorisé par l'Assuré, de la conversation téléphonique au cours de laquelle il a demandé la souscription au contrat, sera conservé par l'Assureur et pourra être utilisé comme preuve de l'accord de l'Assuré en vue de la souscription du présent contrat.
- En cas de souscription à distance par internet, la date d'effet est celle de l'envoi de l'email de confirmation par l'Assureur à l'adresse électronique communiquée par l'Assuré.

Déchéance : Privation du droit aux sommes prévues au contrat par suite du non-respect de certaines obligations imposées à l'Assuré.

Domicile : Lieu de résidence principale en France métropolitaine, dans un Département et région d'Outre-Mer (Martinique, Guadeloupe, Guyane, La Réunion, Mayotte), à Saint-Martin, Saint-Barthélemy, Saint-Pierre-et-Miquelon. Le Domicile de l'Assuré au sein du territoire susvisé constitue une condition essentielle du contrat et il appartient à l'Assuré d'informer l'Assureur sans délai en cas de déménagement.

L'Assuré ne pourra réclamer le remboursement des primes régulièrement perçues par l'Assureur en cas d'information tardive sur son changement de domicile.

En cas de déménagement de l'Assuré dans un Etat membre de l'Union européenne :

- L'Assuré pourra maintenir son contrat actif
- L'Assuré pourra effectuer une modification de son capital.

Pour tous les autres pays, le contrat ne pourra être maintenu.
Les primes seront obligatoirement payées et les sinistres réglés en euros.

Enfant : Personne physique à charge de l'Assuré ou de son Conjoint/concubin ou partenaire lié par un PACS, d'au moins 1 mois et jusqu'à l'échéance annuelle suivant son 20^{ème} anniversaire.

Établissement Hospitalier : Est considéré comme Établissement Hospitalier tout établissement public ou privé qui répond aux exigences légales du pays dans lequel il est situé et qui :

- Reçoit et soigne les malades ou blessés qui y séjournent.
- N'admet en séjour les malades ou blessés que sous le contrôle du ou des médecins qui y sont attachés et qui doivent obligatoirement y assurer une permanence.
- Maintient en état de fonctionnement l'équipement médical adéquat pour diagnostiquer et traiter de tels blessés ou malades et si cela est nécessaire est en mesure de pratiquer des opérations chirurgicales dans son enceinte ou dans un établissement sous son contrôle.
- Dispense les soins par ou sous le contrôle d'un personnel infirmier

Exclusion : Ce qui est exclu des garanties du présent Contrat.

Franchise : Il s'agit d'un nombre de jours ou de mois à l'expiration desquels les indemnités sont accordées.

Guerre Civile : Par Guerre Civile, il faut entendre au moins deux factions d'une même nation qui s'opposent ou une partie de la population qui s'oppose à l'ordre établi. Ces forces contrôlent une partie du territoire et possèdent des forces armées.

Guerre Étrangère : Par Guerre Etrangère, il faut entendre un état de lutte armée entre deux ou plusieurs Etats avec ou sans déclaration de guerre.

Hospitalisation : Fait de recevoir des soins nécessitant un séjour d'au moins vingt-quatre heures dans un Établissement Hospitalier à la suite d'une altération de la santé par Maladie constatée par une autorité médicale compétente.

Maladie : Toute altération de la santé, constatée par une autorité médicale compétente et pour laquelle un diagnostic précis peut être établi.

Maladie Grave : Est considérée comme Maladie Grave au titre du présent contrat, chacune des Maladies ou pathologies désignées ci-après :

Cancer : toute tumeur maligne diagnostiquée de façon positive avec confirmation histologique (examen anatomo-pathologique). Sont inclus dans cette définition : la leucémie, le sarcome et le lymphome, à l'exception du lymphome cutané (lymphome limité à la peau).

Les Cancers classés dans l'une des catégories suivantes ne sont pas couverts :

- Etats pré-cancéreux,
- Cancers in-situ c'est à dire non invasifs (selon la classification TNM se rapportant au Cancer). TNM est un système de classification des tumeurs selon trois critères qualifiant l'évolution de la maladie : T = taille de la tumeur primaire ; N = atteinte éventuelle des ganglions lymphatiques (« Nodes » en anglais) ; M = Présence éventuelle de métastases,
- Les lymphomes cutanés (limités à la peau),
- Les Cancers de la prostate présentant un score de Gleason inférieur à 6 ou n'ayant pas progressé vers une classification TNM : T2N0MO,
- Les leucémies lymphoïdes chroniques n'ayant pas progressé vers un stade A de Binet ou 1 de RAI,
- Les Cancers de la peau dont la profondeur (indice de Breslow) n'excède pas 0,75mm.

Crise Cardiaque - Infarctus du myocarde : Nécrose du muscle cardiaque confirmée par des examens probants (biologie, coronarographie ou scintigraphie). Les syndromes coronariens aigus (dont l'angor et l'angine de poitrine) ne sont pas couverts.

Accident Vasculaire Cérébral (AVC) : Nécrose des tissus du cerveau en raison d'un apport sanguin inadapté ou d'une hémorragie crânienne donnant lieu à une défaillance neurologique permanente avec symptômes cliniques persistants.

Ne sont pas couverts :

- Les ictus amnésiques, les accidents ischémiques transitoires (défaillance neurologique transitoire ou absente),
- Les blessures traumatiques du cerveau ou des vaisseaux sanguins cérébraux.

Partenaire pacisé : Le cosignataire d'un pacte civil de solidarité avec l'Assuré au sens des articles 515-1 et suivants du Code civil.

Période d'attente : Période d'une durée de quatre-vingt-dix jours (90 jours) pendant laquelle les garanties ne sont pas encore en vigueur et n'ouvrent donc pas droit à prestation. Le point de départ de ce délai est la date d'effet du contrat.

Résiliation : Acte par lequel l'Assuré ou l'Assureur met fin au contrat.

Sinistre : Événement dont la réalisation répond aux conditions requises au Contrat et susceptible d'entraîner l'application d'une des garanties souscrites. Constitue un seul et même Sinistre, l'ensemble des dommages provenant d'une même cause génératrice.

Souscripteur : Désigné par le prénom « vous », le Souscripteur est la personne physique Titulaire de Carte qui sollicite l'émission du contrat et s'engage à en régler les cotisations. Le Souscripteur est également l'Assuré principal du contrat.

Titulaire de Carte : La personne physique dont le nom figure sur une carte émise par American Express Carte-France et qui demande l'établissement du contrat d'assurance.

ARTICLE 2

OBJET DU CONTRAT « CAPITAL DIAGNOSTIC ET CONVALESCENCE »

Pendant la période où le contrat est en vigueur et dans les conditions définies ci-après, ce contrat garantit :

- le versement d'un capital forfaitaire à l'Assuré en cas de « 1^{er} diagnostic » d'une Maladie Grave diagnostiquée et indemnisée,
- le versement à l'Assuré d'une indemnité journalière en cas d'Hospitalisation suite à la Maladie Grave diagnostiquée et indemnisée,
- le versement d'un forfait Convalescence à l'Assuré suite à la Maladie Grave diagnostiquée et indemnisée,
- et pour les Enfants assurés, le versement au Souscripteur d'un capital forfaitaire en cas de « 1^{er} diagnostic » d'une Maladie Grave diagnostiquée.

Les montants figurent aux Conditions Particulières de votre contrat. Les garanties sont acquises dans le monde entier quel que soit le lieu de survenance du Sinistre. Elles sont acquises vingt-quatre heures sur vingt-quatre, sept jours sur sept.

ARTICLE 3

LA PRISE D'EFFET DES GARANTIES, DECLARATION DU RISQUE, ACCEPTATION PAR L'ASSUREUR

3.1 En cas de souscription par courrier, la date d'effet correspond au plus tôt au lendemain de la date de réception par l'Assureur de la demande de souscription envoyée par le Souscripteur. Par la signature de la demande de souscription, le Souscripteur manifeste son accord sur les Conditions Générales du contrat dont il a pris connaissance et il s'engage également sur l'exactitude de l'ensemble de ses déclarations.

3.2 En cas de souscription à distance par internet sur le site d'American Express, la date d'effet est celle de l'envoi de l'email de confirmation par Chubb European Group SE, à l'adresse électronique communiquée par l'Assuré. L'email de confirmation est envoyé immédiatement après que l'Assuré a effectué une signature électronique manifestant son accord sur les Conditions Générales et Particulières dont il a préalablement pris connaissance. Par la signature électronique, l'Assuré atteste également l'exactitude de l'ensemble de ses déclarations. Les documents signés sont archivés par Chubb European Group SE, chez un tiers certifié et serviront de preuve en cas de différend sur l'application du présent contrat.

3.3 Déclaration du risque et acceptation par l'Assureur

A partir de trente mille euros (30 000) de garantie et selon le montant de garantie souscrit, l'Assuré doit satisfaire aux exigences de la déclaration de bonne santé ou du questionnaire médical afin que la garantie puisse lui être accordée. Ses réponses à la déclaration de bonne santé ou au questionnaire médical seront reprises aux Conditions Particulières du contrat. L'enregistrement, autorisé par l'Assuré, de la conversation téléphonique au cours de laquelle il a demandé la souscription au contrat sera également conservé par l'Assureur et pourra être utilisé comme preuve de son accord au contrat.

L'Assureur fonde ses engagements sur la foi des déclarations de l'Assuré présumées exactes et sincères. Indépendamment des causes ordinaires de nullité, et sous réserve des dispositions de l'article L.132-26 du Code des assurances relatives aux erreurs sur l'âge de l'Assuré, le présent contrat est nul en cas d'omission, de réticence ou de déclaration fausse ou inexacte intentionnelle quand cette omission, réticence ou fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'Assureur. Ceci est valable même si le risque omis ou dénaturé a été sans influence sur le sinistre. Votre souscription est soumise à l'acceptation préalable de l'Assureur. L'acceptation du risque par l'Assureur est concrétisée par l'émission des Conditions Particulières indiquant la date d'effet du contrat. Le contrat est conclu et les garanties prennent effet à la date indiquée sur les Conditions Particulières sous réserve du paiement de la première Cotisation. Seules les Maladies survenues postérieurement à la prise d'effet des garanties ou à l'expiration du délai d'attente de quatre-vingt-dix jours (90) pourront donner lieu à indemnisation dans les conditions définies au contrat.

ARTICLE 4

DURÉE DE VOTRE CONTRAT

Le contrat est conclu pour la durée d'un an à compter de sa Date d'effet. Il est reconduit automatiquement par période d'un an si aucune des parties n'a fait connaître à l'autre son intention d'y mettre un terme 2 mois au moins avant la date anniversaire du contrat, le cachet de la poste faisant foi. Il cesse dans les conditions visées à l'Article 9.

ARTICLE 5

LES GARANTIES DE VOTRE CONTRAT « CAPITAL DIAGNOSTIC ET CONVALESCENCE »

5-1 - La garantie diagnostic d'une maladie grave

En cas de premier diagnostic, établi par un médecin inscrit au conseil de l'ordre des médecins, d'une Maladie Grave garantie d'un Assuré, l'Assureur verse à l'Assuré le capital forfaitaire indiqué sur les Conditions Particulières. Ce capital est versé une seule fois à l'Assuré, indépendamment du nombre de fois où le diagnostic de la Maladie Grave garantie est posé. **Le capital diagnostic ne sera pas versé pour la Maladie Grave diagnostiquée avant la date d'effet ou pendant la Période d'Attente.**

IMPORTANT : Le capital diagnostic Maladie Grave sera versé une fois par Maladie Grave mentionnée aux Conditions Particulières, à l'Exclusion de toute rechute, récidive, y compris des Maladies antérieures à la souscription.

5-2 - La garantie hospitalisation à la suite d'une maladie grave

En cas d'Hospitalisation de l'Assuré à la suite d'une Maladie Grave diagnostiquée et indemnisée, d'une durée d'au moins vingt-quatre heures (24 H), l'Assureur verse au Souscripteur, une indemnité journalière par jour d'Hospitalisation. **Cette indemnité ne sera pas versée pour les Maladies diagnostiquées ou survenues avant la date d'effet ou pendant la Période d'Attente.**

L'Hospitalisation peut avoir lieu dans le monde entier. La durée maximale de versement de l'indemnité journalière Hospitalisation pour une même Maladie, y compris rechutes et complications est de cent (100) jours. Les Hospitalisations successives à moins de soixante (60) jours d'intervalle, dues à une même Maladie, sont considérées comme une seule et même Hospitalisation. L'Assureur reprendra le versement de l'allocation à partir du 1^{er} jour d'Hospitalisation suite à rechute ou complication, sous réserve que le contrat soit en vigueur.

Les enfants ne bénéficient pas de cette garantie.

5-3 - Le forfait convalescence suite à diagnostic de maladie grave

En cas de premier diagnostic établi par un médecin inscrit au conseil de l'ordre des médecins, d'une Maladie Grave garantie d'un Assuré, l'Assureur verse à l'Assuré le forfait convalescence indiqué sur les Conditions Particulières. Ce forfait est versé une seule fois à l'Assuré, indépendamment du nombre de fois où le diagnostic de la Maladie Grave garantie est posé. **Le forfait convalescence ne sera pas versé pour la Maladie Grave diagnostiquée avant la date d'effet ou pendant la Période d'Attente.**

IMPORTANT : Le forfait convalescence Maladie Grave sera versé une fois par

Maladie Grave mentionnée aux Conditions Particulières, à l'Exclusion de toute rechute, récidive, y compris des Maladies antérieures à la souscription.

Les enfants ne bénéficient pas de cette garantie

5-4 - La garantie diagnostic d'une maladie grave des enfants

En cas de premier diagnostic, établi par un médecin inscrit au conseil de l'ordre des médecins, d'une Maladie Grave garantie d'un Enfant, l'Assureur verse au Souscripteur le capital forfaitaire indiqué sur les Conditions Particulières. Ce capital est versé une seule fois au Souscripteur, indépendamment du nombre de fois où le diagnostic de la Maladie Grave garantie est posé. **Le capital diagnostic ne sera pas versé pour la Maladie Grave diagnostiquée avant la date d'effet ou pendant la Période d'Attente.**

IMPORTANT : Le capital diagnostic Maladie Grave sera versé une fois par Maladie Grave mentionnée aux Conditions Particulières, à l'Exclusion de toute rechute, récidive, y compris des Maladies antérieures à la souscription.

ARTICLE 6

FRANCHISE ET PÉRIODE D'ATTENTE

Franchise : L'Hospitalisation doit être d'au moins vingt-quatre (24) heures.

Période d'Attente : L'Assuré sera garanti sous réserve de l'application d'une période d'attente de quatre-vingt-dix (90) jours. **Le diagnostic de Cancer, d'AVC ou de Crise Cardiaque intervenant avant la fin du quatre-vingt-dixième jour ne donnera lieu à aucune prise en charge.**

ARTICLE 7

LES EXCLUSIONS DU CONTRAT

Les Maladies que Nous ne couvrons pas sont :

- les Maladies diagnostiquées antérieurement à la Date d'Effet du Contrat,
- causées ou provoquées intentionnellement par l'Assuré,
- résultant des effets directs ou indirects d'une explosion, d'un dégagement de chaleur, d'une irradiation provenant d'une transmutation du noyau d'atome ou de radioactivité, ainsi que des effets de radiations provoqués par l'accélération artificielle des particules,
- les Cancers classés dans l'une des catégories suivantes :
 - états pré-Cancéreux,
 - Cancer in-situ c'est à dire non invasif,
 - les lymphomes cutanés (limités à la peau),
 - les Cancers de la prostate présentant un score de Gleason inférieur à 6 ou n'ayant pas progressé vers une classification TNM T2N0M0,
 - les leucémies lymphoïdes chroniques n'ayant pas progressé vers un stade A de Binet ou 1 de RAI,
 - les Cancers de la peau dont la profondeur n'excède pas 0,75mm.
- les syndromes coronariens aigus (dont l'angor et l'angine de poitrine),
- les Accidents ischémiques transitoires,
- les traumatismes du cerveau non chirurgicaux,
- les ictus amnésiques.

Nous ne couvrons pas le décès brutal survenant dans les vingt-quatre (24) heures suivant le déclenchement des symptômes, qu'une maladie pré-existante ait été connue antérieurement ou non.

Ne sont pas garanties les Hospitalisations :

- sans lien avec une Maladie Grave garantie,
- dans les centres de rééducation et réadaptation fonctionnelle, maisons de convalescence ou établissements psychiatriques,
- à Domicile,
- chirurgicales à but esthétique, à l'exception des chirurgies reconstructrices en cas de Cancer,
- ainsi que les cures diététiques, thermales, héliomarines, de sommeil ou de désintoxication.
- Enfin, nous ne couvrons pas les checkups ou bilans de santé.

ARTICLE 8

LA COTISATION DU CONTRAT

8-1 - Le calcul des cotisations

La cotisation est individuelle par personne assurée. Elle est déterminée en tenant compte :

- Du montant de garantie choisi
 - De l'âge de l'Assuré à la date de prise d'effet des garanties.
- Lorsqu'un Assuré change de tranche d'âge sa cotisation mensuelle est automatiquement réajustée à la date anniversaire du contrat qui suit le changement d'âge suivant les tranches d'âge suivantes :

TRANCHES D'AGES	
18 à 29 ans	55 à 59 ans
30 à 39 ans	60 à 64 ans
40 à 44 ans	65 à 69 ans
45 à 49 ans	70 à 74 ans
50 à 54 ans	75 à 79 ans

Les taxes actuelles à la charge du Souscripteur sont comprises dans la Cotisation. Tout changement du taux des taxes applicables ou toute instauration de nouvelles impositions, toute évolution de la réglementation ou de la législation applicable au contrat, entraînera une modification du montant de la Cotisation.

8-2 - Le paiement des cotisations

La cotisation est débitée pour le compte de l'Assureur par American Express sur le compte-Carte du Titulaire. En cas de résiliation de la Carte American Express ou si le compte-Carte du Titulaire n'est plus facturé en Euro, la cotisation pourra être payée directement à l'Assureur, par prélèvement automatique sur son compte bancaire ; à charge pour l'Assuré d'en informer l'Assureur et de lui communiquer ses références bancaires dans le mois suivant la résiliation de la carte ou la clôture du compte-Carte American Express en Euro. En cas de paiement direct à l'Assureur il est impératif que l'Assuré dispose d'un compte bancaire facturable en Euro, en France. Les prélèvements relatifs aux cotisations mensuelles seront effectués un mois à l'avance.

8-3 - En cas de non paiement

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

Cette lettre recommandée indiquera qu'elle est envoyée à titre de mise en demeure, rappellera le montant et la date d'échéance de la cotisation (ou de la fraction de cotisation) et reproduira l'article L. 113-3 du Code des assurances relatif aux conséquences du non-paiement des cotisations. La suspension de garantie signifie que l'Assureur est libéré de tout engagement à l'égard de l'Assuré au cas où un sinistre surviendrait pendant cette période de suspension.

Elle ne dispense pas l'Assuré de l'obligation de payer les cotisations venues à leur échéance. L'Assureur peut résilier le contrat dix jours après l'expiration du délai de trente jours visé ci-dessus, par notification faite à l'Assuré, soit par lettre recommandée de mise en demeure soit, par une nouvelle lettre recommandée : dans ce cas, la portion de cotisation pour la période restante est due à l'Assureur.

Si la cotisation annuelle est payable en plusieurs fractions, le non-paiement d'une fraction de cotisation à l'échéance fixée entraîne l'exigibilité de la totalité des fractions de cotisation restant dues au titre de l'année d'assurance en cours.

8-4 - La révision tarifaire

La cotisation d'un Assuré ne peut être augmentée isolément pour sinistre. En revanche, l'Assureur conserve le droit de modifier la cotisation pour l'ensemble des Assurés. Il devra en aviser chaque Assuré, par lettre au dernier domicile connu du Titulaire de Carte, 40 jours avant l'échéance principale du contrat. L'Assuré pourra alors en cas de majoration de cotisation, résilier le contrat par l'un des moyens prévus à l'article 9, dans les 15 jours suivant celui où il a eu connaissance de la majoration : la résiliation prendra effet à l'échéance principale suivante.

A défaut par l'Assuré d'avoir demandé cette résiliation en temps utile, la modification de la cotisation entrera alors en application à l'échéance anniversaire du contrat.

ARTICLE 9

LA RESILIATION DU CONTRAT

Le contrat peut être résilié et plus aucune garantie n'est due :

9-1 - Résiliation par l'Assuré

- à compter de la première échéance annuelle, à tout moment par lettre simple ou recommandée avec accusé de réception (la résiliation prenant alors effet le lendemain de la date figurant sur le cachet de la poste), ou par courriel adressé à l'Assureur, identifiant sans équivoque l'Assuré et mentionnant la référence de la police concernée (la résiliation prenant alors effet le lendemain de la date de réception du courriel par l'Assureur). La cotisation est due à l'assureur jusqu'à la prise d'effet de la résiliation ;
- en cas de résiliation par l'Assureur d'un autre contrat de l'Assuré après sinistre (article R. 113-10 du Code) ;
- en cas de révision tarifaire si vous n'acceptez pas celle-ci, conformément à l'article 8.3 « Révision tarifaire ».

9-2 - Résiliation par l'Assureur

- en cas de non-paiement de tout ou partie de la cotisation (se reporter à l'article 8 « Votre cotisation » 8-2 - En cas de non paiement) ;
- à la fin de chaque période annuelle d'assurance moyennant préavis de deux mois au moins ;
- lorsque le compte-Carte du Titulaire de Carte n'est plus facturé en Euro ;
- en cas d'omission ou d'inexactitude dans les déclarations du risque (article L. 113-9 du Code).

9-3 - Résiliation de plein droit

- en cas de retrait de l'agrément de l'Assureur, dans les conditions prévues aux articles L. 326-12 et R. 326-1 du Code,
- à l'échéance annuelle suivant le 79^{ème} anniversaire de l'Assuré,
- à l'échéance annuelle suivant le 20^{ème} anniversaire de l'Enfant,

9-4 - Les modalités de résiliation

Le Titulaire de Carte peut résilier le contrat par lettre simple ou recommandée avec accusé de réception (postale ou électronique), ou par courriel adressé à l'Assureur, identifiant sans équivoque l'assuré et mentionnant la référence de la police concernée, ou par une déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'Assureur, ou par acte extrajudiciaire à l'adresse suivante : American Express Carte France - Immeuble Voyager - Service Assurances - 8/10 rue Sainte Claire Deville - 92500 Rueil Malmaison. Le Titulaire peut s'il le souhaite appeler le Service Résiliation d'American Express au **01 47 77 74 64 Choix 2**, qui l'informera des éléments nécessaires à la résiliation. L'Assureur doit notifier la résiliation au Titulaire de Carte par lettre recommandée, adressée à son dernier domicile connu. En cas d'envoi d'une lettre recommandée, tout délai de préavis de résiliation se décompte par rapport à la première présentation de la lettre recommandée à son destinataire par les services postaux.

ARTICLE 10

QUE FAUT-IL FAIRE EN CAS DE SINISTRE ?

10-1 - La déclaration de sinistre

Sauf cas fortuit ou de force majeure, une déclaration doit être faite par l'Assuré dans les quatorze (14) jours qui suivent la date du sinistre couvert par ce contrat, en utilisant l'un des moyens suivant :

- En ligne (le plus simple et le plus rapide) : <https://www.chubbclaims.com/ace/fr-fr/welcome.aspx>
- Par courriel : AHdeclaration@chubb.com
- Par courrier : **Chubb European Group SE**
Service Indemnisation - La Tour Carpe Diem
31 place des Corolles, Esplanade Nord,
92400 Courbevoie Cedex.
- Par téléphone : **01 55 91 47 98**

Les renseignements ou documents ayant un caractère médical sont à adresser par courrier sous pli confidentiel au médecin conseil.

10-2 - Les documents à transmettre en cas de sinistre :

Pour obtenir le règlement des prestations, l'Assuré, devra communiquer à l'Assureur avec la déclaration de Sinistre, tous les justificatifs (rédigés en français) jugés nécessaires à l'instruction du dossier (les frais qui pourront en résulter seront à leur charge) et notamment :

• Pour les garanties « Diagnostic » et « forfait convalescence » Maladie Grave, fournir :

En cas de cancer :

- un certificat médical établissant le diagnostic, la date de 1^{er} diagnostic, la localisation de la tumeur et son degré de gravité (la classification TNM, le grade, le score de la pathologie ou la profondeur de la tumeur),
- le compte-rendu du médecin qui vous prend en charge ainsi que les résultats d'examens ayant permis de poser le diagnostic et notamment les comptes rendus d'examens anatomopathologiques.

En cas de crise cardiaque ou infarctus du myocarde :

- un certificat médical établissant le diagnostic et la date de 1^{er} diagnostic, ainsi que l'étendue de la nécrose du muscle cardiaque,
- les résultats d'examens de biologie, coronographie ou scintigraphie qui ont permis de poser le diagnostic de crise cardiaque ou infarctus du myocarde, et le compte-rendu d'hospitalisation.

En cas d'accident vasculaire cérébral :

- un certificat médical d'un neurologue établissant le diagnostic exact, la date de 1^{er} diagnostic et précisant s'il s'agit d'un AVC ischémique ou d'un AVC hémorragique,
- le compte-rendu du neurologue, les comptes rendus de scanner, IRM, qui ont permis de poser le diagnostic d'Accident Vasculaire Cérébral et le compte-rendu d'hospitalisation le cas échéant.

• En cas d'Hospitalisation, fournir :

- le bulletin de situation indiquant la date d'entrée et de sortie de l'établissement Hospitalier,
- le compte-rendu d'hospitalisation le cas échéant,
- et pour les enfants à compter de leur 18^{ème} anniversaire, les justificatifs d'enfant fiscalement à charge.

L'Assureur se réserve la possibilité de réclamer toutes pièces justificatives complémentaires.

Attention : Toute omission, réticence, fausse déclaration dans les informations qui seront fournies à l'Assureur Vous expose et expose les Assurés au contrat, à une Déchéance de garanties et à la Résiliation du contrat.

10-3 - L'expertise en cas de désaccord sur les conclusions médicales

Toutes les mesures utiles doivent être prises sans retard pour limiter les conséquences du Sinistre et hâter le rétablissement de l'Assuré qui doit se soumettre aux soins médicaux nécessités par son état. Le médecin désigné par l'Assureur doit avoir libre accès auprès de l'Assuré pour constater son état. L'Assuré accepte de transmettre les informations médicales concernant son état de santé au médecin désigné par l'Assureur. En cas de contestation d'ordre médical chaque partie désigne son propre médecin afin d'organiser une expertise contradictoire. Si ces médecins ne parviennent pas à un accord, ils s'ajoutent un troisième médecin pour statuer définitivement. Si l'une des parties ne désigne pas son médecin ou si les médecins représentant les parties ne s'entendent pas sur le choix du troisième médecin, la désignation en est faite par le Président du Tribunal de Grande Instance du Domicile de l'Assuré. Chaque partie conserve à sa charge les honoraires et frais d'intervention du médecin qu'elle a désigné, ceux de l'intervention du troisième médecin sont partagés par moitié entre elles.

ARTICLE 11

DISPOSITIONS DIVERSES

11.1 - La prescription

Toute action dérivant de la présente adhésion 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. 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 jusqu'à-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^o, 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. »

Etant précisé que les causes ordinaires d'interruption de la prescription telles que mentionnées aux articles 2240 et suivants du Code civil sont :

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 in-compétente 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 périr 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. »

Pour prendre connaissance de toute mise à jour éventuelle des dispositions précitées, nous vous invitons à consulter le site Officiel
« www.legifrance.gouv.fr ».

11.2 - Réclamation - Médiation

1) **Réclamation - Service Clients Chubb European Group SE.**
En cas de réclamation au titre du contrat, l'Assuré peut écrire à :

**Chubb European Group SE
Service Clients Assurances de Personnes,
La Tour Carpe Diem - 31, Place des Corolles
Esplanade Nord - 92400 Courbevoie Cedex
Téléphone (numéro non surtaxé) : 01 55 91 47 28**

Conformément à la Recommandation 2022-R-01 de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, en cas de réclamation, l'Assureur s'engage à accuser réception de la réclamation de l'Assuré au plus tard dans les dix jours ouvrables qui suivent l'envoi de celle-ci et, à y répondre au plus tard dans les deux mois suivant l'envoi de la réclamation.

2) Médiation et voie judiciaire

Sans préjudice des recours judiciaires dont dispose l'Assuré, celui-ci peut, en cas de désaccord et en tout état de cause dans les deux mois suivants l'envoi de sa première réclamation, et avant toute procédure judiciaire, saisir le Médiateur de l'Assurance à l'adresse suivante :

**La Médiation de l'Assurance
TSA 50110 - 75441 PARIS - Cedex 09
www.mediation-assurance.org**

3) Plateforme européenne de règlement en ligne des litiges

Si l'Assuré a souscrit la Police auprès de l'Assureur en ligne ou par d'autres moyens électroniques et que l'Assuré n'a pas pu contacter l'Assureur directement ou par l'intermédiaire de la Médiation de l'Assurance, l'Assuré peut enregistrer sa réclamation par l'intermédiaire de la plate-forme européenne de règlement des litiges à l'adresse : <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>. La réclamation sera ensuite redirigée vers la Médiation de l'Assurance ainsi que vers les services de l'Assureur aux fins de résolution.

11.3 - Modifications du contrat

Modifications dont doit aviser le Souscripteur

Le Souscripteur peut, par l'envoi d'une lettre simple adressée à l'Assureur faire bénéficier des garanties son Conjoint ou un nouvel Enfant. Tout nouvel Assuré est garanti à effet du lendemain de la réception de cette demande de modification et au plus tôt au lendemain des un mois (1) de l'Enfant, si la demande de modification concerne l'ajout d'un Enfant.

Changement du montant des garanties

Toute augmentation des indemnités couvertes en cours de contrat est soumise aux conditions du contrat notamment en ce qui concerne la prise d'effet des garanties.

Tout changement de montant de garanties sera soumis à l'étude et acceptation préalable de la part de l'Assureur.

Toute modification sera formalisée par un avenant.

11.4 - Existence de plusieurs contrats « Capital Diagnostic et Convalescence »

Aucun Assuré ne peut souscrire ou être assuré plus d'une fois au titre du contrat Capital Diagnostic et Convalescence. Néanmoins, dans cette éventualité, l'Assuré bénéficie uniquement du contrat dont la date d'effet est la plus ancienne.

11.5 - Subrogation

A concurrence des frais qu'il a engagés, l'Assureur est subrogé dans les termes de l'article L.121.12 du Code des Assurances dans les droits et actions du Souscripteur et des Assurés contre tout responsable du Sinistre. De même, lorsque tout ou partie des prestations fournies en exécution des garanties du contrat est couvert totalement ou partiellement par une police d'assurance, un organisme d'assurance Maladie, la Sécurité Sociale ou toute autre institution, l'Assureur est subrogé dans les droits et actions de l'Assuré envers les organismes et contrats susnommés.

11.6 - Déchéance

Sous peine de Déchéance telle que prévue à l'article L 113-2 du Code des assurances, aucune indemnité n'est due pour tout Sinistre déclaré à l'Assureur, plus de trente jours après sa survenance, lorsque ce retard cause un préjudice quelconque à l'Assureur. Le Souscripteur ou l'Assuré qui, intentionnellement, fournit de faux renseignements ou use de documents faux ou dénaturés dans l'intention de tromper l'Assureur, perd tout droit à la garantie pour le Sinistre en cause. Toutes les mesures utiles doivent être prises sans retard pour limiter les conséquences du Sinistre et hâter le rétablissement de l'Assuré qui doit se soumettre aux soins médicaux nécessités par son état. L'Assuré perd tout droit à garantie en cas de non-respect de cet engagement de limiter l'étendue du Sinistre. Le médecin désigné par l'Assureur doit avoir libre accès auprès de l'Assuré pour constater son état. Tout refus non justifié de se conformer à ce contrôle, après mise en demeure par lettre recommandée, entraîne la Déchéance de l'Assuré.

11.7 - Traitement de la demande de souscription, gestion du contrat et des sinistres, accès aux informations d'ordre médical

L'Assuré, agissant pour son compte et celui de ses ayants droit, s'engage à faciliter l'accès à son dossier médical par le médecin conseil de la compagnie Chubb European Group SE. L'Assureur s'engage, à respecter

une procédure interne limitant le nombre de personnes ayant accès aux renseignements et documents strictement médicaux. Ces personnes sont soumises à une obligation de confidentialité.

11.8 - Fausse déclaration et nullité du contrat

Conformément à l'article L. 113-8 du Code, le contrat est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'Assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'Assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'Assuré a été sans influence sur le sinistre. Dans ce cas les cotisations payées restent acquises à l'Assureur.

11.9 - Preuves des opérations

L'Assuré accepte que les informations et les instructions échangées entre lui et l'Assureur par voie téléphonique ou électronique puissent être conservées par l'Assureur, et le cas échéant, constituer des preuves valables de la souscription et des opérations réalisées au titre du présent contrat.

ARTICLE 12

PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

L'Assureur utilise les données personnelles que le Souscripteur met à sa disposition ou, le cas échéant, à la disposition du courtier en assurance du Souscripteur pour la souscription et la gestion de cette Police d'assurance, y compris en cas de sinistre afférent à celle-ci. Ces données comprennent des informations de base telles que les nom et prénom des Assurés, leur adresse et leur numéro de police, mais peuvent aussi comprendre des données comme par exemple, leur âge, leur état de santé, leur situation patrimoniale ou l'historique de leurs sinistres, si celles-ci sont pertinentes au regard du risque assuré, des prestations fournies par l'Assureur ou des sinistres déclarés par le Souscripteur ou les Assurés. L'Assureur appartenant à un groupe mondial de sociétés, les données personnelles des Assurés pourront être partagées avec d'autres sociétés de son groupe, situées dans des pays étrangers, dès lors que ce partage est nécessaire à la gestion ou l'exécution de la police d'assurance, ou à la conservation des données des Assurés. L'Assureur utilise également des prestataires et gestionnaires, qui peuvent avoir accès aux données personnelles des Assurés, conformément aux instructions et sous le contrôle de l'Assureur. Les Assurés bénéficient de droits relatifs à leurs données personnelles, notamment des droits d'accès ainsi que, le cas échéant, d'un droit à l'effacement de leurs données. Cette clause est une version courte du traitement des données personnelles de l'Assuré effectué par l'Assureur. Pour plus d'informations, les Assurés et le Souscripteur ont la possibilité de se reporter à la Politique de Confidentialité, accessible via le lien suivant : <https://www2.chubb.com/uk-en/footer/privacy-policy.aspx>. Les Assurés et le Souscripteur peuvent également demander à l'Assureur un exemplaire papier de la Politique de Confidentialité, à tout moment, en soumettant leur demande par email à l'adresse suivante : dataprotectionoffice.europe@chubb.com.

Le contrat est soumis à la Loi Française et à la réglementation du Code des Assurances.

ARTICLE 13

Respect des Sanctions économiques & commerciales :

L'Assureur ne peut être réputé fournir de garantie et l'Assureur ne peut être tenu au paiement de tout sinistre ou de toute indemnité en découlant si la fourniture d'une telle garantie, le paiement d'un tel sinistre ou d'une telle indemnité expose l'Assureur ou sa société mère / succursale / société holding qui le contrôle en dernier ressort à une quelconque sanction, interdiction ou restriction mise en œuvre en application des résolutions des Nations Unies ou des sanctions économiques et commerciales, ou des lois ou règlements de l'Union européenne, du Royaume-Uni, de la France ou des États-Unis d'Amérique. Chubb European Group SE est une filiale d'une société mère américaine et de Chubb Limited, une société cotée à la Bourse de New York. Par conséquent, Chubb European Group SE est soumise à certaines lois et réglementations américaines (en outre des sanctions et restrictions de l'Union européenne, de l'Organisation des Nations Unies et des sanctions nationales) qui peuvent lui interdire de couvrir ou de payer des sinistres à certaines personnes ou entités ou d'assurer certains types d'activités liées à certains pays.