

PLAN SECURITE PREMIUM American Express

Conditions Générales

Vos contacts

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

AMERICAN EXPRESS
Par téléphone au 01 47 77 74 64 - Choix 2
du lundi au vendredi de 9 h à 19 h

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

Chubb European Group SE
4 possibilités pour déclarer un sinistre :

- En ligne : <https://www.chubbclaims.com/amex/fr-en/>
- 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, CS 60140,
92098 PARIS LA DEFENSE 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

Pour la gestion de votre contrat, contactez :

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

Pour la résiliation de votre contrat, contactez :

Service Résiliation American Express
Par téléphone au 09 70 26 54 00
du lundi au vendredi de 9 h à 19 h

- Par email : resiliation_americanexpress@chubb.com
- Par courrier : Chubb European Group SE, Service client
CS 70207 - 27502 Pont Audemer Cedex

Sommaire

| | Page |
|--|-------------|
| INTRODUCTION | 3 |
| Loi Applicable, Faculté de renonciation | |
| ARTICLE 1 | 3 |
| Les définitions | |
| ARTICLE 2 | 4 |
| Durée de votre contrat | |
| ARTICLE 3 | 4 |
| Objet de votre contrat, La Revalorisation de votre contrat | |
| ARTICLE 4 | 4 |
| La détermination du taux d'invalidité | |
| ARTICLE 5 | 4 |
| Les prestations d'Assistance | |
| ARTICLE 6 | 5 |
| Les exclusions de votre contrat | |
| ARTICLE 7 | 5 |
| Que faire en cas de sinistre ? | |
| ARTICLE 8 | 6 |
| Votre cotisation | |
| ARTICLE 9 | 6 |
| La résiliation de votre contrat | |
| ARTICLE 10 | 6 |
| Clauses diverses | |
| ARTICLE 11 | 7 |
| Protection des données à caractère personnel | |
| ARTICLE 12 | 7 |
| Respect des Sanctions économiques & commerciales | |
| ARTICLE 13 | 8 |
| Le barème d'invalidité | |

INTRODUCTION

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.

FACULTÉ DE RENONCIATION

Vous pouvez, dans les trente jours calendaires qui suivent votre souscription, renoncer à celle-ci et être intégralement remboursé(e) des sommes éventuellement déjà payées, en adressant une lettre à :

**Chubb European Group SE,
Service client CS 70207
27502 Pont Audemer Cedex**

Modèle de lettre recommandée de renonciation :

Je, soussigné(e) :
demeurant à :

déclare renoncer à la souscription au contrat « Plan Sécurité Premium » 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 sont assimilées à un accident. Il est précisé que la survenance brutale d'une maladie, notamment les cas d'accident vasculaire cérébral, de crise cardiaque, d'infarctus du myocarde, de rupture d'anévrisme, d'épilepsie ou d'hémorragie cérébrale, ne constituent pas des Accidents au sens du présent contrat.

Assuré : Le Titulaire de Carte, résidant en France Métropolitaine, en Principauté de Monaco, 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, les enfants du Titulaire de Carte ou de son Conjoint Assuré âgés de 6 mois à 18 ans (25 ans si fiscalement à charge du Titulaire) 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 cessent automatiquement à l'égard de tout Assuré atteignant l'âge de 75 ans à l'échéance annuelle suivant son 75^{ème} anniversaire.**

Assisteur : AXA Assistance France, 6 rue André Gide 92320 Châtillon - S.A. au capital de 26 840 000 € - 311 338 339 RCS Nanterre SIRET 311 338 339 00071 - N° intracommunautaire FR 89 311 338 339 - Code APE 6512Z - Immatriculée à l'ORIAS sous le numéro 11060030.

Assureur : Chubb European Group SE, entreprise régie par le Code des assurances, au capital social de 896,176,662 euros, sise La Tour Carpe Diem, 31 Place des Corolles, Esplanade Nord, Esplanade Nord, CS 60140, 92098 PARIS LA DEFENSE 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 reçoivent de l'Assureur les sommes dues au titre des sinistres.

1 - Pour les garanties "Invalidité Permanente Totale ou Partielle", "Hospitalisation suite à un Accident" et les prestations d'assistance en cas d'Accident : le bénéficiaire est l'Assuré.

2 - Pour la garantie "Décès Accidentel" : Les prestations en cas de décès seront versées à la personne désignée par le Titulaire de Carte dans les Conditions Particulières ou ultérieurement, ou à défaut au conjoint de l'Assuré non séparé de corps ni divorcé à la date du décès ou son partenaire lié par un pacte civil de solidarité en cours à la date du décès, à défaut aux descendants de l'Assuré décédé par parts égales entre eux, la part du prédécédé revenant à ses propres descendants, ou à ses frères et sœurs s'il n'a pas de descendant, à défaut aux père et mère par parts égales entre eux ou au survivant en cas de prédécès ou, à défaut, aux héritiers de l'Assuré.

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.

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 des garanties, la cotisation correspondante et sa périodicité de règlement, la désignation d'un Bénéficiaire le cas échéant.

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 souscrites par le Titulaire de Carte.

Cotisation : Somme versée à l'Assureur en contrepartie de la garantie accordée.

Consolidation : Date à laquelle les séquences sont stabilisées et l'Assuré n'est plus susceptible de bénéficier d'un traitement actif ou d'une rééducation.

Courtier d'Assurance : American Express Carte France - Société Anonyme, au capital de 77 873 000 € - RCS Nanterre B 313 536 898 - Siège Social : 4 rue Louis Blériot - 92561 Rueil-Malmaison Cedex. Garantie Financière et 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).

Décès Accidentel : Tout décès de l'Assuré consécutif à un Accident, sous réserve des exclusions du présent contrat. L'Accident à l'origine du décès doit se produire entre la Date d'effet et la date de cessation des garanties, et le décès doit survenir dans les 12 mois suivant la survenance de l'Accident. Si l'Assuré est victime d'un Accident alors qu'il circule dans un Moyen de Transport Public qui disparaît, fait naufrage ou est détruit et si le corps de l'Assuré n'est pas retrouvé dans l'année qui suit cet accident ou au vu du jugement déclaratif de décès, la disparition sera assimilée au Décès Accidentel à effet de la date de l'événement ; Dans ce cas, le ou les Bénéficiaire(s) s'engage(nt) à restituer à l'Assureur le capital perçu s'il s'avère que l'Assuré n'était pas décédé, le Titulaire de Carte étant garant de ladite restitution.

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

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, en Principauté de Monaco, ou 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 pouvant réclamer le remboursement des primes régulièrement perçues par l'Assureur en cas d'information tardive.

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.

Etablissement Hospitalier : Est considéré comme Etablissement 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.

Fait générateur : L'atteinte corporelle grave, le décès, le problème juridique ou tout événement justifiant l'intervention de l'Assisteur dans les conditions du présent contrat.

Hospitalisation : L'admission pour une durée supérieure à 24 heures consécutives (8 jours consécutifs pour la prestation "Aide Ménagère" de la garantie d'Assistance) dans un Etablissement Hospitalier à la suite d'une altération de la santé par Accident, constatée par une autorité médicale compétente.

Invalidité Permanente Totale ou Partielle : la réduction définitive, totale ou partielle, de certaines fonctions physiques, intellectuelles et/ou psychosensorielles d'un Assuré résultant d'un Accident. L'Accident doit être survenu pendant la période de validité du contrat, quel que soit son lieu de survenance. Il doit être médicalement établi que l'Assuré conserve une invalidité permanente des suites de cet Accident, les garanties étant accordées selon le barème servant de base au médecin pour le calcul du taux d'invalidité.

Membre de la famille : Ascendants et descendants au premier degré de l'Assuré, son Conjoint, ses frères et sœurs domiciliés en France métropolitaine.

Moyen de Transport Public : signifie tout autobus, car, taxi, ferry-boat, aéroglisseur, hydrofoilo, navire, train, tramway ou métro appartenant et exploité par un transporteur dûment agréé pour le transport payant de passager, et tout avion appartenant et exploité par une compagnie régulière ou charter dûment agréée pour le transport payant de passagers sur lignes régulières ou à la demande, et tout hélicoptère appartenant et exploité par une compagnie aérienne dûment agréées pour le transport payant de passagers et seulement lorsqu'il effectue des vols entre des aéroports commerciaux officiels et/ou des héliports commerciaux agréés.

Pratique d'un sport : La pratique d'un sport comprend l'entraînement, les essais et les épreuves ou compétitions dans ce sport.

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

Souscripteur : Désigné par le pronom « vous », le Souscripteur est la personne physique Titulaire de Carte qui sollicite l'émission du contrat et s'engage à en régler les primes.

Sport de combat : Famille d'activités sportives impliquant un affrontement entre deux personnes, par exemple le karaté, le judo, l'aïkido, la boxe, la lutte.

Titulaire de Carte : La personne physique dont le nom figure sur la Carte dont l'émetteur est American Express Carte-France et qui est la personne qui a demandé l'établissement du contrat d'assurance.

ARTICLE 2

DUREE 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. Toutefois au delà de deux ans l'Assureur ne pourra pas résilier le contrat sauf dans les cas prévus par l'article 9 « la résiliation de votre contrat »

ARTICLE 3

OBJET DU CONTRAT

1 - Capital en cas de Décès Accidentel

En cas de Décès Accidentel de l'Assuré, l'Assureur accorde un capital Forfaitaire prévu aux Conditions Particulières. Il est précisé que lorsque l'Assuré décédé est un enfant du Titulaire de la Carte ou de son Conjoint, le capital en cas de décès accidentel est limité à 5 000 Euros.

2 - Capital en cas d'invalidité Permanente Totale ou Partielle à la suite à un accident.

En cas d'invalidité Permanente Totale ou Partielle de l'Assuré, les garanties sont accordées comme suit, selon le barème servant de base au médecin pour le calcul du taux d'invalidité :

a. Invalidité Permanente supérieure ou égale à 1% et inférieure ou égale à 65%.

De 1 à 65% d'invalidité nous versons à l'Assuré le pourcentage du capital correspondant à son degré d'invalidité. Par exemple, un Assuré invalide à 45% touchera 45% du capital assuré.

b. Invalidité Permanente supérieure ou égale à 66%

Si le taux d'invalidité est supérieur ou égal à 66%, nous versons la totalité du capital assuré, indiqué dans les Conditions Particulières.

3 - Capital en cas d'Hospitalisation

En cas d'Hospitalisation d'un Assuré à la suite d'un Accident, l'Assureur verse au Bénéficiaire une somme forfaitaire dont le montant est précisé aux Conditions Particulières. Cette somme est destinée à faire face aux dépenses diverses et indéterminées liées à l'hospitalisation. L'Hospitalisation peut avoir lieu dans le monde entier et pendant un maximum de 365 jours et ce dès le premier jour (au moins 24 heures consécutives) d'Hospitalisation.

4 - Garanties d'assistance

Le contrat prévoit également des garanties d'assistance, définies à l'Article 5 des présentes Conditions Générales.

LA REVALORISATION DE VOTRE CONTRAT

Les capitaux garantis ainsi que les cotisations correspondantes seront revalorisés de 3% à chaque échéance annuelle. La première revalorisation prendra effet lors de la première échéance anniversaire de votre contrat. La revalorisation cessera au bout de 10 ans. Elle est composée Vous trouverez un modèle de revalorisation composée aux Conditions Particulières ou ci-dessous à titre d'exemple (le tableau n'indique ni le montant de votre garantie, ni le montant de votre cotisation).

- Exemple de capital en année 1 = 100 000 €
- Exemple de cotisation mensuelle en année 1 = 15 €
- Taux de revalorisation composé appliqué = 3 % par an

| | Cotisation | Capital |
|----------|------------|-----------|
| Année 1 | 15,00 € | 100 000 € |
| Année 2 | 15,45 € | 103 000 € |
| Année 3 | 15,91 € | 106 090 € |
| Année 4 | 16,39 € | 109 273 € |
| Année 5 | 16,88 € | 112 551 € |
| Année 6 | 17,39 € | 115 927 € |
| Année 7 | 17,91 € | 119 405 € |
| Année 8 | 18,45 € | 122 987 € |
| Année 9 | 19,00 € | 126 677 € |
| Année 10 | 19,57 € | 130 477 € |

ARTICLE 4

LA DÉTERMINATION DU TAUX D'INVALIDITÉ

Détermination du taux d'Invalidité

Le taux d'invalidité est fixé dès que l'état de santé de l'Assuré est consolidé et au plus tard 2 ans après la date de l'Accident, par le médecin de l'Assureur selon le barème figurant aux présentes Conditions Générales. Les règles suivantes sont appliquées pour l'évaluation de votre invalidité permanente :

- L'incapacité fonctionnelle permanente partielle ou totale d'un membre ou d'un organe est assimilée à sa perte partielle ou totale.
- La perte d'un membre ou d'organes atteints d'invalidité totale avant l'accident ne peut pas être indemnisée.
- S'il est constaté médicalement que l'Assuré est gaucher, les taux prévus pour les invalidités du membre supérieur droit s'appliquent à gauche et vice versa.
- Pour les invalidités non prévues au barème, les taux sont fixés par comparaison de leur gravité avec des cas énumérés dans le barème.
- Le taux d'invalidité de l'Assuré est toujours fixé : Sans tenir compte d'aucun élément subjectif ; seules les lésions anatomiques constatables objectivement par un médecin peuvent donner lieu à indemnité.
- En tenant compte de toute aggravation ou amélioration prévisible et certaine de son état.
- Si l'Assuré est atteint d'une invalidité avant l'accident, le taux d'invalidité est déterminé par différence entre l'état antérieur et celui postérieur à l'accident.
- Si plusieurs lésions ou invalidités atteignent un même membre ou organe, le taux d'invalidité fixé ne pourra être supérieur à celui de la perte de ce membre ou organe.
- Si plusieurs membres ou organes sont atteints par le même accident, les taux d'invalidité se cumuleront sans pouvoir dépasser 100%.
- Lorsque les conséquences du sinistre sont aggravées par le refus ou la négligence de l'Assuré de se soumettre aux soins médicaux nécessités par son état, l'indemnité est fixée d'après les suites que le même sinistre aurait eues chez une personne ayant suivi un traitement approprié.

ARTICLE 5

LES PRESTATIONS D'ASSISTANCE EN CAS D'ACCIDENT OU DE DECES ACCIDENTEL

1 - Informations et conseils «décès accidentel»

L'Assisteur met à la disposition des Assurés et des membres de leur famille, un service d'informations téléphoniques sur les formalités et démarches lors d'un décès, accessible de 8h00 à 20h30 et 7 jours sur 7. Selon les cas, l'Assisteur devra se documenter et rappeler le demandeur afin de lui communiquer les renseignements nécessaires. Les renseignements fournis sont d'ordre documentaire et la responsabilité de l'Assisteur ne pourra en aucun cas être engagée dans le cas d'une interprétation inexacte des informations transmises.

Les thèmes sont les suivants :

- les obsèques civiles ou religieuses, les prélèvements d'organes, le don du corps, la crémation.

2 - Les démarches après le décès :

- la constatation, la déclaration, les papiers à demander, les organismes à prévenir, les dispositions financières.

3 - Les réglementations particulières :

- les soins de conservation, les chambres funéraires, le transport, les cimetières et concessions.

4 - L'organisation des obsèques :

- les services de pompes funèbres, l'inhumation, le coût des obsèques.

5 - L'héritage et succession

- la dévolution légale, les ordres et les degrés, l'option successorale, la déclaration successorale, les différents héritiers, les libéralités, les coûts de l'héritage, les testaments, les pensions et allocations.

6 - L'information juridique et fiscale

- revente de biens, plus value, transfert de fonds, déclaration d'impôts en France, les droits d'importation du pays, système d'imposition en France, système de couverture sociale en France, impôt sur le revenu, réclamation, paiement, contrôles, impôts locaux, les frais de justice, l'aide judiciaire, les amendes pénales, les différentes juridictions, accord amiable, procédure contentieuse, répression des fraudes, associations de consommateurs.

7 - Informations Centres spécialisés

A la demande de l'Assuré ou d'un Membre de sa famille, l'Assisteur communique des renseignements sur les hôpitaux, les cliniques spécialisées, les centres de thalassothérapie, les cures thermales, les post cures, les maisons de repos médicalisées, les centres de rééducation.

Cette liste n'est pas limitative et l'Assisteur mettra tout en oeuvre pour venir en aide à l'Assuré.

8 - Informations et conseils «dépendance»

L'Assisteur met à la disposition de l'Assuré et des Membres de sa famille un service de renseignements téléphoniques accessible de 8h00 à 20h30 et 7 jours sur 7. Selon les cas, l'Assisteur devra se documenter ou effectuer des recherches et rappeler le demandeur afin de lui communiquer les renseignements nécessaires. Les renseignements fournis sont d'ordre documentaire et la responsabilité de l'Assisteur ne pourra en aucun cas être engagée dans le cas d'une interprétation inexacte des informations transmises.

Les thèmes sont les suivants :

- les aides disponibles,
- les associations œuvrant dans le domaine de la dépendance,
- la législation des tutelles (la capacité juridique),
- succession, décès, contrats obsèques,
- fiscalité, exonérations, charges à déduire, calcul de l'impôt,
- habitation, aménagement et matériels spécifiques.

9 - Transmission de messages urgents

Si l'Assuré hospitalisé suite à un Accident est dans l'impossibilité matérielle de transmettre un message urgent et s'il en fait la demande, l'Assisteuse se charge de transmettre gratuitement, par les moyens les plus rapides, les messages ou nouvelles émanant de l'Assuré vers les Membres de sa famille ou son employeur. L'Assisteuse peut également servir d'intermédiaire en sens inverse.

Les messages restent sous la responsabilité de leurs auteurs qui doivent pouvoir être identifiés et n'engagent qu'eux, l'Assisteuse ne jouant que le rôle d'intermédiaire pour leur transmission.

10 - Présence d'un proche

En cas d'Hospitalisation supérieure à 24 heures consécutives suite à un Accident ou en cas de Décès Accidentel de l'Assuré, l'Assisteuse organise et prend en charge un titre de transport aller - retour en avion classe économique ou en train 1^{ère} classe pour un Membre de la famille afin de se rendre au chevet de l'Assuré. Cette prestation n'est acquise qu'en l'absence d'un Membre majeur de la famille de l'Assuré en âge de majorité juridique, sur le lieu de l'Hospitalisation ou du Décès Accidentel. L'Assisteuse organise son hébergement sur place et prend en charge ses frais d'hôtel pendant 7 nuits maximum à concurrence de 50 euros par nuit. (Chambre et petit déjeuner uniquement). Toute autre solution de logement provisoire ne peut donner lieu à un quelconque dédommagement.

11 - Rapatriement en cas de Décès Accidentel pendant un déplacement

Si l'Assuré décède suite à un Accident pendant un voyage à l'étranger ou à plus de 100 kilomètres de son Domicile, l'Assisteuse organise et prend en charge le rapatriement du corps de l'Assuré ou de ses cendres du lieu du décès jusqu'au lieu d'inhumation en France métropolitaine.

L'Assisteuse prend en charge les frais de traitement post mortem, de mise en bière et d'aménagements nécessaires au transport.

Les frais de cercueil liés au transport ainsi organisé sont pris en charge à concurrence de 1 000 €.

Les frais d'obsèques, de cérémonie, de convois locaux, d'inhumation ou d'incinération restent à la charge de la famille de l'Assuré.

Le choix des sociétés intervenant dans le processus du rapatriement est du ressort exclusif de l'Assisteuse.

12 - Bilan de capacité physique et mentale – adaptation de l'habitat

Dès reconnaissance de l'état d'Invalidité Permanente Totale ou Partielle par l'Assureur, sur demande de l'Assuré ou d'un Membre de sa famille, l'Assisteuse organise et prend en charge la réalisation d'un bilan des capacités physiques et mentales de l'Assuré afin d'évaluer leur adéquation aux spécificités du logement occupé. Ce bilan est effectué, selon les cas, soit par téléphone avec l'Assuré ou l'un des Membres de sa famille, soit par envoi d'un spécialiste (ergothérapeute, bureau d'étude, etc. ...) au domicile. Après la remise du bilan de capacité physique et mentale, l'Assisteuse organise et prend en charge l'intervention d'un spécialiste afin de déterminer et d'évaluer financièrement les mesures à prendre en vue d'adapter l'habitat aux besoins de l'Assuré. Afin d'établir un devis détaillé des aménagements ou travaux nécessaires, l'Assisteuse organise et prend en charge le déplacement éventuel de professionnels, en accord avec l'Assuré. Après la remise d'un document détaillant les aménagements proposés et leur coût, l'Assisteuse fournit à l'Assuré le conseil personnalisé afin d'obtenir les aides publiques ou privées susceptibles de financer tout ou partie des travaux.

Le coût des aménagements reste à la charge de l'Assuré.

13 - Aide ménagère en cas d'Hospitalisation à la suite d'un Accident

Cette garantie ne pourra être mise en œuvre que pour une Hospitalisation suite à un Accident d'une durée minimum de 8 jours consécutifs.

A la demande de l'Assuré, l'Assisteuse recherche et prend en charge les services d'une aide ménagère à domicile soit pendant son Hospitalisation, soit dès son retour à son domicile suite à une Hospitalisation. Elle aura notamment en charge l'accomplissement des tâches quotidiennes.

L'Assisteuse prend en charge 20 heures maximum dans les 10 jours suivant la date de début d'Hospitalisation ou de sortie de l'Etablissement Hospitalier avec un minimum de 2 heures consécutives. L'Assuré doit formuler sa demande dans les 8 jours qui suivent la date de retour à son Domicile suite à une Hospitalisation. Seule l'équipe médicale de l'Assisteuse est habilitée à fixer la durée de présence de l'aide ménagère après bilan médical. Cette garantie est limitée à une intervention par année civile. Au delà d'une intervention par an, l'Assisteuse peut communiquer à l'Assuré les coordonnées de personnel qualifié. Le coût du personnel qualifié reste à la charge de l'Assuré.

ARTICLE 6

LES EXCLUSIONS DE VOTRE CONTRAT

Les Accidents pour lesquels nous n'intervenons pas sont ceux :

- 1 - causés ou provoqués intentionnellement par l'Assuré ;
- 2 - dus à la démence de l'Assuré ;
- 3 - dus à la conduite de l'Assuré en état d'ivresse lorsque le taux d'alcoolémie est égal ou supérieur au taux légal en vigueur dans le pays où a lieu l'accident ;
- 4 - dus à l'usage par l'Assuré de drogues, stupéfiants ou tranquillisants non prescrits médicalement ;
- 5 - causés par le suicide ou une tentative de suicide de l'Assuré
- 6 - provoqués par la guerre étrangère ;
- 7 - provoqués par la guerre civile ;
- 8 - qui résultent de la manipulation volontaire par l'Assuré d'un engin de guerre ou d'une arme dont la détention est interdite ;
- 9 - résultant des effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de transmutation du noyau d'atome ou de radioactivité, ainsi que des effets de radiations provoqués par l'accélération artificielle des particules,
- 10 - résultant de la pratique d'un sport en tant que professionnel,
- 11 - survenant lorsque l'Assuré pratique des Sports de combat et tous sports aériens sous toutes leurs formes,
- 12 - survenant lorsque l'Assuré effectue un voyage aérien autrement que comme passager payant d'un avion ou d'un hélicoptère appartenant et exploité par une compagnie régulière ou "charter" dûment agréée pour le transport payant des passagers sur lignes régulières ; par exemple les avions taxis ne sont pas couverts.
- 13 - causé par les douleurs qui trouvent leur origine au niveau de la colonne vertébrale et qui ne sont pas en rapport avec un événement garanti.

Les hospitalisations dans les Etablissements Hospitaliers pour lesquels nous n'intervenons pas sont, les séjours qui ont pour origine :

- 14 - les checkup.
- 15 - les traitements à but esthétique, d'amaigrissement, de rajeunissement, de rééducation qui ne serait ni fonctionnelle ni motrice, ainsi que les traitements psychiatriques.
- 16 - toutes les cures diététiques, thermales, héliomarines, de sommeil ou de désintoxication ;
- 17 - les séjours dans les maisons de repos et de convalescence.
- 18 - les séjours dans les établissements psychiatriques.
- 19 - les Hospitalisations consécutives à un accident antérieur à la souscription.

DECHEANCE

Est déchu du bénéfice de la garantie, toute personne qui, intentionnellement, aurait causé ou provoqué l'Accident à l'origine du sinistre.

ARTICLE 7

QUE FAIRE EN CAS DE SINISTRE ?

7.1 - 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/amex/fr-en/>
- Par courriel : AHdeclaration@chubb.com
- Par courrier : **Chubb European Group SE**
Service Indemnisation - La Tour Carpe Diem
31 place des Corolles - Esplanade Nord - CS 60140,
92098 PARIS LA DEFENSE Cedex.
- Par téléphone : **01 55 91 47 98**

Si ce délai n'est pas respecté, l'Assuré sera déchu du droit à garantie si le retard a causé un préjudice à l'Assureur.

Nous devons recevoir avec le numéro de votre police :

- le compte-rendu de l'accident,
- le certificat du médecin, du chirurgien ou du centre hospitalier appelé à donner les premiers soins et décrivant les blessures,
- les noms et adresses des témoins,
- dans le cas où un procès-verbal est dressé, le nom de l'autorité qui l'a dressé.
- le certificat de décès et le nom et adresse du notaire de la succession,
- une copie du livret de famille.

En cas d'Invalidité Permanente l'Assuré doit fournir :

- le certificat de consolidation

En cas d'hospitalisation, nous devons recevoir :

- le bulletin de séjour dans l'Établissement Hospitalier,
- le certificat médical précisant le motif du séjour

7.2 - Expertise médicale : S'il y a contestation d'ordre médical, chaque partie désigne son médecin. Si ces médecins ne parviennent pas à un accord, ils s'adjoignent un troisième médecin pour les départager. 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 les frais de l'intervention du médecin qu'elle a désigné ; ceux de l'intervention d'un troisième médecin sont partagés par moitié entre elles.

7.3 - Le contrôle éventuel de l'état de l'assuré : 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 de l'Assureur, sauf en cas de force majeure, 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.**

7.4 - Le règlement du sinistre : Les sommes dues par l'Assureur sont celles prévues aux Conditions Particulières. Leur paiement est subordonné à l'accord des parties ou à la décision judiciaire exécutoire. Les sommes dues par l'Assureur sont payables en Euro en France dans les 15 jours qui suivent l'accord des parties ou la décision judiciaire exécutoire.

ARTICLE 8

VOTRE COTISATION

8.1- 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.

8.2 - 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.

8.3 - Révision tarifaire

L'Assureur pourra modifier les tarifs applicables aux risques garantis par le présent contrat. La cotisation du contrat sera alors modifiée dans les mêmes proportions à compter de la date de renouvellement tacite suivant cette révision. L'Assuré sera avisé de cette révision ainsi que de son montant et l'avis d'échéance portant mention de la nouvelle cotisation sera présenté dans les formes habituelles. Si l'Assuré n'accepte pas cette nouvelle cotisation, il pourra résilier le contrat dans les trente jours qui suivent la réception de son avis d'échéance. La résiliation prendra effet à l'échéance annuelle suivant la réception de la lettre de résiliation, la cotisation habituelle étant maintenue jusqu'à cette échéance.

A défaut de résiliation, la modification de la cotisation prendra effet à compter de la date de renouvellement tacite suivant la notification de la révision tarifaire et la nouvelle cotisation sera due par l'Assuré à compter de cette date.

ARTICLE 9

LA RESILIATION DE VOTRE CONTRAT

9.1- Le contrat peut être résilié :

1) Par l'Assuré

- à compter de la première échéance annuelle, à tout moment par lettre recommandée avec accusé de réception, la résiliation prenant alors effet le lendemain de la date figurant sur le cachet de la poste. 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 7.3 « Révision tarifaire »

2) Par l'Assureur

- en cas de non-paiement de tout ou partie de la cotisation (se reporter à l'article 7 « Votre cotisation » 7.2 – En cas de non paiement) ;
- à la fin de chaque période annuelle d'assurance moyennant préavis de deux mois au moins, les deux premières années uniquement,
- lorsque le compte-Carte du Titulaire de Carte n'est plus facturé en Euro, en France.
- en cas d'omission ou d'inexactitude dans les déclarations du risque (article L. 113-9 du Code).

3) 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 75^{ème} anniversaire de l'Assuré, ou de l'Assuré le plus jeune en cas de pluralité d'Assurés (étant rappelé que les garanties cesseront toutefois de s'appliquer à l'égard du co-Assuré ayant atteint l'âge de 75 ans à compter de l'échéance annuelle suivant son 75^{ème} anniversaire).

9.2 - Les modalités de résiliation

Le Titulaire de Carte peut résilier le contrat par lettre recommandée à l'adresse suivante : Chubb European Group SE, Service client CS 70207 - 27502 Pont Audemer Cedex, soit par une déclaration faite contre récépissé au siège pour la France, soit par acte extra judiciaire. Le Titulaire peut s'il le souhaite appeler le Service Résiliation d'American Express au **09 70 26 54 00** qui l'informerait 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

CLAUSES DIVERSES

10.1 - Changement d'option/ changement de la fréquence de paiement

Vous pouvez changer l'option et/ou la fréquence de paiement de votre contrat à son échéance annuelle. Pour cela, il vous suffit de nous en aviser par lettre recommandée un mois avant cette date. Ce délai se décomptant par rapport à la première présentation qui nous sera faite de votre lettre par les services postaux, nous vous conseillons de nous l'adresser le plus tôt possible.

Toute augmentation des indemnités couvertes en cours de contrat est soumise aux conditions d'application de la prise d'effet des garanties (période d'attente et franchise).

10.2 - Existence de plusieurs «Plan Sécurité Premium» American Express

Aucun Assuré ne peut souscrire ou être garanti plus d'une fois au titre du contrat « **Plan Sécurité Premium** » American Express. Néanmoins, dans cette éventualité, l'Assuré bénéficie uniquement du contrat dont la date d'effet est la plus ancienne.

10.3 - Responsabilité de l'Assisteur

L'Assisteur est tenu d'une obligation de moyens. L'Assisteur ne peut être tenu pour responsable d'un quelconque dommage à caractère professionnel ou commercial subi par un assuré à la suite d'un événement ayant nécessité l'intervention de l'Assisteur.

10.4 - Circonstances exceptionnelles relatives aux prestations garanties par l'Assisteur

L'Assisteur ne peut être tenu pour responsable des retards ou empêchements dans l'exécution des prestations garanties dans votre contrat, en cas de grève, de lock-out, d'émeutes, de mouvements populaires, de repréailles, de restriction à la libre circulation, de sabotage, d'attentat, de piraterie, de guerre civile ou étrangère, de dégagement de chaleur, d'irradiation ou d'effet de souffle provenant de la fission ou de la fusion de l'atome, de radioactivité, ou de tout autre cas fortuit ou de force majeure.

10.5 - 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.

10.6 - Prescription

Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance

dans les conditions prévues aux articles L. 114-1 à L. 114-3 du Code des assurances. L'article L. 114-1 du Code des assurances dispose que : 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. [...]»

L'article L. 114-2 du Code des assurances dispose que : « 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. » L'article L. 114-3 du Code des assurances dispose que : « 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. »

Étant 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 incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure. »

Article 2242 du Code Civil :

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

Article 2243 du Code civil :

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

Article 2244 du Code civil :

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

Article 2245 du Code civil :

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

Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers. »

Article 2246 du Code civil :

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

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

10.7 - 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
Espanlan Nord - CS 60140,
92098 PARIS LA DEFENSE Cedex..
Téléphone (numéro non surtaxé) : 01 55 91 47 28

Conformément à la Recommandation 2011-R-05 de l'Autorité de Contrôle Prudenciel 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 la réception de celle-ci et, à y répondre au plus tard dans les deux mois.

2) Médiation et voie judiciaire

Sans préjudice des recours judiciaires dont dispose l'Assuré, celui-ci peut, en cas de désaccord persistant et définitif avec l'Assureur sur l'exécution du présent contrat,

avant toute procédure judiciaire, saisir le Médiateur de la Fédération Française des Sociétés d'Assurances à l'adresse suivante :

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

10.8 - 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.

10.9 - 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.

10.10 - 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 11

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 12

Respect des Sanctions économiques & commerciales :

Chubb European Group SE est la filiale d'une maison mère aux États-Unis et de Chubb Limited, une société cotée à la Bourse de New York. En conséquence, Chubb European Group SE est soumis à certaines lois et règlements américains en plus des sanctions de restrictions de l'Union européenne, des Nations Unies et nationales qui peuvent lui interdire de fournir une garantie ou de payer des sinistres à certaines personnes ou entités ou d'assurer certains types d'activités en lien avec certains pays et territoires comme l'Iran, la Syrie, la Corée du Nord, le Nord-Soudan, Cuba et la Crimée.

L'assureur / le réassureur ne fournira pas de garantie, ne sera pas tenu d'indemniser quelque sinistre que ce soit ou d'accorder une quelconque prestation si cela l'expose, ainsi que toute société mère, société holding directe ou indirecte de l'assureur / du réassureur, à des sanctions ou restrictions (notamment sanctions ou restrictions extraterritoriales pour autant qu'elles ne contredisent pas les lois applicables à l'assureur / au réassureur), qui découlent de toute loi ou réglementation établissant des sanctions commerciales ou économiques susceptibles de s'appliquer à l'assureur / au réassureur.

ARTICLE 13

BARÈME

Servant de base au calcul du taux d'invalidité

- Démence totale et incurable, rendant impossible tout travail ou toute occupation 100 %
- Brèche osseuse crânienne complète, suivant son étendue et ses conséquences fonctionnelles :
 - a) surface d'au moins 7 cm² 18 à 35 %
 - b) surface de 2 à 6 cm² 12 à 18 %
- Epilepsie généralisée démontrée post-traumatique, avec plusieurs crises par semaine 15 à 40 %
- Epilepsie généralisée démontrée post-traumatique, avec crises plus espacées. 5 à 15 %
- Perte totale des deux yeux ou de la vision des deux yeux 100 %
- Perte totale d'un oeil (énucléation). 30 %
- Perte de la vision d'un oeil ou réduction de l'acuité visuelle d'un oeil à moins de 1/20 (l'acuité visuelle est toujours prise avec correction) 28 %
- Réduction de l'acuité visuelle d'un oeil à 1/10 16 %
- Réduction de l'acuité visuelle d'un oeil à 2/10 12 %
- Réduction de l'acuité visuelle d'un oeil à 3/10 8 %
- Réduction de l'acuité visuelle d'un oeil à 4/10 6 %
- Réduction de l'acuité visuelle d'un oeil à 5/10 2 %
- Réduction de l'acuité visuelle de chaque oeil à moins de 5/10 : retenir le taux d'incapacité correspondant à l'oeil le plus atteint, augmenté de deux fois le taux d'incapacité de l'autre, sans pouvoir excéder 100 %
- Surdité incurable et totale des deux oreilles 40 %
- Surdité incurable et totale d'une oreille 12 %
- Fracture des maxillaires supérieures ou inférieures avec troubles de l'engrènement de la mastication, gêne à l'ouverture de la bouche, etc 5 à 30 %
- Perte complète de toutes les dents supérieures ou inférieures avec appareillage impossible 40 %

A - Invalidité portant sur les deux membres

- Perte des deux bras ou des deux mains ou perte complète de leur usage 100 %
- Perte des deux jambes ou des deux pieds ou perte complète de leur usage 100 %
- Perte d'un bras ou d'une main et d'une jambe ou d'un pied ou perte complète de leur usage 100 %

B - Invalidité portant sur les membres supérieurs

(Ces taux sont inversés pour les gauchers)

- | | Droit | Gauche |
|--|--------------|---------------|
| • Perte du bras ou perte complète de son usage | 60 % | 50 % |
| • Ankylose complète d'un membre supérieur | 60 % | 50 % |
| • Désarticulation du coude | 60 % | 50 % |
| • Perte complète de l'usage de l'épaule | 25 % | 20 % |
| • Limitation des mouvements de l'épaule | 0 à 25 % | 0 à 20 % |
| • Ankylose complète du coude en position favorable (70° à 110°) | 20 % | 15 % |
| • Ankylose complète du coude en position défavorable | 30 % | 25 % |
| • Fracture non consolidée du bras (pseudarthrose sans correction chirurgicale possible) | 30 % | 25 % |
| • Fracture non consolidée de l'avant bras (pseudarthrose sans correction chirurgicale possible) : <ul style="list-style-type: none"> - des deux os 25 % 20 % - d'un seul os 12 % 9 % | | |
| • Fracture de l'avant-bras avec perte partielle des mouvements du poignet | 8 à 12 % | 6 à 10 % |
| • Perte complète des mouvements du poignet avec raideur plus ou moins marquée des doigts | 20 à 40 % | 15 à 30 % |
| • Paralyse totale d'un membre supérieur | 60 % | 50 % |

- | | Droit | Gauche |
|--|--------------|---------------|
| • Paralyse totale du nerf circonflexe | 20 % | 15 % |
| • Paralyse totale du nerf médian au bras | 40 % | 30 % |
| • Paralyse totale du nerf médian au poignet | 16 % | 12 % |
| • Paralyse totale du nerf cubital | 20 % | 15 % |
| • Paralyse totale du nerf radial | 30 % | 20 % |
| • Paralyse du nerf radial au-dessous de la branche du triceps | 30 % | 23 % |
| • Amputation complète de la main (désarticulation radio-carpienne) | 60 % | 50 % |
| • Amputation complète du pouce | 20 % | 17 % |
| • Amputation complète de l'index | 15 % | 12 % |
| • Amputation complète du médius | 10 % | 8 % |
| • Amputation complète de l'annulaire | 8 % | 6 % |
| • Amputation complète de l'auriculaire | 7 % | 5 % |
| • Amputation complète de la phalange unguéale du pouce | 5 % | 3 % |
| • Amputation complète de la phalangette de l'index | 3 % | 2 % |
| • Amputation complète des deux dernières phalanges de l'index | 8 % | 6 % |
| • Ankylose totale du pouce | 15 % | 12 % |

C - Invalidité portant sur les membres inférieurs

- Désarticulation de la hanche 70 %
- Ankylose de la hanche en position défavorable (flexion-adduction ou adduction 40 %
- Ankylose de la hanche en position favorable 25 %
- Amputation de la cuisse au tiers supérieur 55 %
- Amputation de la cuisse au-dessous du tiers supérieur 50 %
- Désarticulation du genou 50 %
- Ankylose du genou en position défavorable 20 à 30 %
- Ankylose du genou en position favorable 20 %
- Amputation de la jambe (suivant hauteur) 30 à 40 %
- Amputation totale du pied 30 %
- Amputation partielle du pied 25 %
- Amputation des cinq orteils 12 %
- Amputation du gros orteil 8 %
- Amputation d'un autre des 4 orteils 1 %
- Amputation du 5^e orteil avec son métatarsien 12 %
- Pseudarthrose lâche de la cuisse ou de la jambe non opérable et non appareillable 50 %
- Pseudarthrose de la cuisse ou de la jambe appareillable 20 à 35 %
- Fracture non consolidée de la rotule avec gros écartement des fragments 30 %
- Fracture de la jambe 10 à 30 %
- Fracture du col du fémur suivant raccourcissement et suivant gêne fonctionnelle 10 à 40 %
- Raccourcissement du membre inférieur :
 - de plus de 5 cm 12 à 20 %
 - de 3 à 5 cm 3 à 12 %
- Paralyse totale du membre inférieur 60 %
- Paralyse totale du nerf sciatique 40 %
- Paralyse totale du nerf crural 35 %
- Paralyse totale du sciatique poplité externe 25 %
- Paralyse totale du sciatique poplité interne 20 %
- Perte totale des mouvements de l'articulation tibiotarsienne (ankylose complète) :
 - en position favorable 8 %
 - en position défavorable 8 à 20 %
- Fracture d'un corps vertébral sans lésions neurologiques 10 à 20 %
- Fracture grave avec paralyse complète des membres inférieurs et troubles sphinctériens 100 %
- Fracture du sternum 0 à 15 %
- Fractures des côtes suivant le nombre et les séquelles 0 à 25 %
- Fractures avec séquelles suivant les troubles fonctionnels 0 à 35 %