

NOTICE D'INFORMATION DU CONTRAT D'ASSURANCE AIG EUROPE N°4.049.141 - "CHORALIS HOSPI +" INDEMNITÉ JOURNALIÈRE HOSPITALISATION

Conformément aux dispositions
de l'article L 140-4 du Code des Assurances

CHAPITRE 1 - OBJET DU CONTRAT

Le présent contrat est un contrat d'Assurance de groupe à adhésions facultatives souscrit par LE LIBRE CHOIX pour le compte de ses membres-adhérents, auprès de la compagnie d'assurance AIG Europe, sous la police N° 4.091.141. Il est constitué des conditions générales, de la présente Notice d'information remise aux Adhérents, ainsi que du Bulletin d'adhésion.

Il a pour objet de faire bénéficier le ou les Assurés, des prestations indiquées au Bulletin d'adhésion en cas d'Hospitalisation consécutive à un Accident ou une Maladie garanti.

La portée des garanties, les modalités de mise en œuvre et toutes autres dispositions utiles sont décrites dans le présent document et le cas échéant au Bulletin d'adhésion dûment complété par l'Adhérent, dont un exemplaire est conservé par ses soins.

Seuls les présentes conditions contractuelles et le Bulletin d'adhésion sont applicables en cas de sinistre ou de litige entre les parties.

La compagnie AIG Europe est régie par le Code des Assurances français et est soumise au contrôle de la Commission de Contrôle des Assurances sise 54, rue de Châteaudun - 75009 Paris. Les parties contractantes déclarent se soumettre à la juridiction des tribunaux français et renoncent à toute procédure dans tout autre pays.

Conditions d'adhésion :

Seules les personnes membres-adhérents de LE LIBRE CHOIX peuvent adhérer au présent contrat.

Les Enfants à charge de l'Adhérent sont automatiquement assurés au titre du présent contrat et bénéficient des mêmes garanties, sans sur-cotisation.

1.2 - LES DEFINITIONS DU CONTRAT

Certains termes sont fréquemment utilisés dans ce contrat d'assurance. Voici la signification qu'il convient de leur donner : (par ordre alphabétique)

Accident : Toute atteinte corporelle, non intentionnelle de la part de l'Assuré, provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure dont l'Assuré est victime et survenue après la prise d'effet de son adhésion au contrat.

Adhérent : Toute personne physique nommément désignée au Bulletin d'adhésion, résidant en France Métropolitaine, âgée de moins de 65 ans au moment de son adhésion au contrat et qui en paye les cotisations.

Assuré : L'Adhérent, en tant qu'Assuré principal. Peut également avoir la qualité d'Assuré :

- Le Conjoint de l'Adhérent, également âgé de moins de 65 ans au moment de l'adhésion, lorsque l'Adhérent opte pour la formule "couple",

- Les Enfants à charge de l'Assuré, automatiquement assurés au titre du présent contrat.

Assureur : La compagnie d'Assurance AIG Europe, entreprise régie par le Code des Assurances français.

Bulletin d'adhésion : Document pré-établi en double exemplaire par le Souscripteur, dûment rempli et signé par l'Adhérent sur lequel figurent les nom(s), prénom(s), date(s) de naissance de(s) la personne(s) Assurée(s), les options de garanties choisies, leur montants et franchises, les limitations de garanties particulières éventuelles, la prise d'effet des garanties du contrat, l'échéance annuelle, la cotisation correspondante, ainsi que sa périodicité de règlement. Un exemplaire du Bulletin d'adhésion est conservé par l'Adhérent en confirmation de son adhésion au contrat, l'autre exemplaire étant conservé par le Souscripteur.

Conjoint : le conjoint ou concubin de l'Adhérent, non séparé de corps légalement, ni divorcé lors de l'adhésion, ou toute personne ayant signé un PACS avec l'Adhérent et vivant sous le même toit.

Enfant(s) à Charge : Les enfants légitimes, reconnus ou adoptés, non mariés, âgés de moins de 18 ans s'ils sont à la charge fiscale de leurs parents. Les enfants de moins de 25 ans effectuant des études et toujours à charge fiscalement de leurs parents sont considérés également comme Enfants à charge.

Franchise : Période pendant laquelle l'indemnité journalière n'est contractuellement pas due.

Guerre Civile : L'opposition déclarée ou non ou toute activité guerrière ou armée, de deux ou plusieurs parties appartenant à un même état dont les opposants sont d'ethnie, de confession ou d'idéologie différentes. Sont notamment assimilés à la Guerre Civile : une rébellion armée, une révolution, une sédition, une insurrection, un coup d'état, les conséquences d'une loi martiale, de fermeture de frontière commandée par un gouvernement ou par des autorités locales. Il appartient à la Compagnie de prouver que le sinistre résulte de l'un de ces faits de Guerre Civile.

Guerre Etrangère : La guerre déclarée ou non ou toute autre activité guerrière, y compris l'utilisation de la force militaire par une quelconque nation souveraine à des fins économiques, géographiques, nationalistes, politiques, raciales, religieuses ou autres. Sont aussi considérées comme Guerre Etrangère : une invasion, l'utilisation de

pouvoir militaire ou l'usurpation de pouvoir gouvernemental ou militaire. Il appartient à l'Assuré de prouver que le sinistre résulte d'un fait autre que celui d'une Guerre Etrangère.

Hospitalisation : Tout séjour dans un établissement hospitalier, d'au moins 24 heures consécutives, faisant suite à une Maladie ou un Accident. Est considéré comme établissement hospitalier, un hôpital ou une clinique habilitée à pratiquer des actes et des traitements auprès de personnes malades ou accidentées, possédant les autorisations administratives locales permettant ces pratiques ainsi que le personnel nécessaire.

Jour : 24 heures consécutives.

Maladie : Une altération de la santé médicalement constatée par une autorité médicale habilitée alors que :

- Le contrat est en vigueur,

- La maladie est constatée pendant la période de garantie telle que définie au contrat et sous réserve des délais d'attente,

- La nature de la maladie n'est pas exclue au contrat.

Sinistre : La réalisation d'un événement prévu au contrat. Constitue un seul et même Sinistre, l'ensemble des réclamations se rattachant à un même événement.

Souscripteur : LE LIBRE CHOIX, pour le compte de ses membres-adhérents.

Substances Biologiques : Tout micro-organisme pathogène (producteur de maladie) et/ou toxine produite biologiquement (y compris des organismes modifiés génétiquement et des toxines synthétisées chimiquement) susceptibles de provoquer une maladie, une invalidité ou le décès chez les humains ou animaux.

Substances Chimiques : Tout composant solide, liquide ou gazeux qui, selon la manipulation qui en est faite, est susceptible de provoquer une maladie, une invalidité ou le décès chez les humains ou animaux.

Substances Nucléaires : Tous les éléments, particules, atomes ou matières qui par émissions, rejets, dispersions, dégagements ou échappements de matériaux radioactifs émettent un niveau de radiation par ionisation, fission, fusion, rupture ou stabilisation.

1.3 - ETENDUE DES GARANTIES

Les garanties du contrat s'exercent 24 heures sur 24, tant au cours de la vie privée que professionnelle de l'Assuré et sont valables en cas d'Hospitalisation en France et dans le monde entier, indépendamment de ce que l'Assuré pourrait percevoir par ailleurs.

CHAPITRE 2 - LES GARANTIES DU CONTRAT

Le présent contrat prévoit le versement d'une indemnité journalière en cas d'Hospitalisation de l'Assuré par suite de Maladie ou d'Accident ne relevant pas de ce qui figure au chapitre 3 "LES EXCLUSIONS DU CONTRAT".

Le montant de l'indemnité journalière servie dans le cadre du présent contrat figure au Bulletin d'adhésion.

L'Assuré bénéficie d'une indemnité journalière, dès le premier jour d'Hospitalisation en cas d'Accident garanti et dès le 4^{ème} jour d'Hospitalisation en cas de Maladie garantie, soit après l'application de 3 jours de Franchise.

L'indemnité journalière est versée pour une durée consécutive ou non d'Hospitalisation maximale de 365 Jours pour un même Sinistre, cette durée est décomptée à partir du premier jour indemnisé, le jour de sortie ne donne pas lieu à indemnisation.

Hospitalisations successives :

En cas d'Hospitalisations successives, séparées par moins de 60 jours consécutifs pour un même Sinistre, aucune Franchise de sera appliquée.

DELAIS D'ATTENTE :

En contrepartie de l'absence de questionnaire de santé, en cas de Maladie, l'Assuré est couvert pour toute Hospitalisation débutant après un délai de 180 jours suivant la date de prise d'effet des garanties du contrat, et 730 jours en cas de Maladies sexuellement transmissibles et infections HIV. Ces délais d'attente sont également applicables à toute personne qui s'assure en cours de contrat (formule couple) ainsi qu'à toute augmentation de garantie pour le montant supplémentaire assuré.

CHAPITRE 3 - LES EXCLUSIONS DU CONTRAT

Sont toujours exclues du présent contrat, les hospitalisations dues :

- à une faute intentionnelle de l'Assuré ou du bénéficiaire du contrat si ce n'est pas l'Assuré lui-même,

- à un état alcoolique caractérisé par la présence dans le sang d'un taux d'alcool pur égal ou supérieur à celui fixé par la loi régissant la circulation automobile française,

- à l'usage de stupéfiants ou substances analogues, médicaments ou traitements non prescrits par une autorité médicale habilitée,

- à un fait de Guerre Etrangère ou de Guerre Civile, à toute suite et/ou conséquence directe ou indirecte provenant d'une quelconque mise en contact et/ou contamination par des Substances dites Nucléaires, ou par radiations ionisantes,

- à la participation active de l'Assuré à des rixes (sauf cas de légitime défense ou d'assistance à personne en danger), à des crimes ou paris de toute nature,

- aux conséquences d'une tentative de suicide de l'Assuré, d'une crise d'épilepsie, de delirium tremens, ou d'un état de démence,

- au traitement des dépressions nerveuses, des maladies

neuro-psychiques et des maladies psychosomatiques, quel que soit le service, le centre ou l'établissement hospitalier, - à l'utilisation de l'Assuré, en tant que pilote, membre d'équipage ou passager de tout appareil aérien n'appartenant pas à une compagnie régulière ou "charter" dûment agréée pour le transport payant des voyageurs sur lignes régulières, - à la pratique ou à l'enseignement de l'Assuré d'un sport à titre professionnel, à la participation à une course amateur nécessitant l'utilisation d'un engin à moteur terrestre aérien ou aquatique,

- aux traitements liés à un état de grossesse, un accouchement, la maternité, une interruption de grossesse.

Toutefois les Assurés bénéficient de la garantie dans les seuls cas suivants :

- fausse couche au delà de la 11^{ème} semaine de grossesse

- complications d'accouchement : césarienne, fièvre puerpérale, phlébite, éclampsie.

Sont également exclus du présent contrat :

- les hospitalisations pour cause de diabète, d'épilepsie, pour bilans de santé (check-up), pour traitements à but de rajournissement,

- les opérations et les traitements de chirurgie esthétique ou plastique non consécutifs à un accident garanti,

- les séjours effectués en service de gérontologie ou de gériatrie, en centre de moyen séjour ou centre de convalescence, en institut médico-pédagogique, en maison ou en centre d'hébergement, de plein air, de retraite, en hospice, en aérium, en établissement ou centre thermal et/ou climatique, de lutte contre la tuberculose, en service, en centre ou en établissement hospitalier spécialisé en psychiatrie et ce, quel que soit le type de soins reçus dans ces établissements.

- quelle que soit la nature de l'établissement, les soins et traitements reçus pour convalescence, réadaptation fonctionnelle ou motrice, rééducation ou réinsertion sociale et professionnelle, ou pour cure de toute nature, notamment cure respiratoire, cure pour surcharge pondérale, cure de sommeil ou de désintoxication.

- les séjours nécessités, quelle que soit la nature de l'établissement, par des personnes qui ont perdu, de manière irréversible (l'irréversibilité de l'état de santé est déterminée par rapport aux connaissances médicales effectives au moment du Sinistre), leur autonomie de vie ou dont l'état de santé nécessite une surveillance médicale ou sociale constante et/ou des traitements d'entretien.

CHAPITRE 4 - QUE FAIRE EN CAS DE SINISTRE

4.1 - LA DECLARATION DU SINISTRE

Pour bénéficier au plus vite de son indemnisation, l'Assuré ou son représentant légal doit, sous peine de déchéance, déclarer à l'Assureur par l'intermédiaire du Souscripteur, tout Sinistre de nature à entraîner les garanties du contrat dans les 15 jours à partir du moment où il en a eu connaissance à l'adresse suivante :

LE LIBRE CHOIX

A l'attention du Médecin-Conseil
Boulevard de l'Europe - BP 30143
59602 MAUBEUGE Cedex

En cas de non-déclaration ou de déclaration tardive, les garanties ne seront plus accordées si l'Assureur établit que ce retard lui a causé un préjudice, à moins de ne justifier que, par suite d'un cas fortuit ou de force majeure, la déclaration dans le délai imparti à été rendue impossible (art. L 113-2 du Code des Assurances).

4.2 - LES DOCUMENTS NECESSAIRES AU REGLEMENT DU SINISTRE

L'Assureur aura impérativement besoin des éléments suivants pour établir le dossier :

Dans tous les cas :

- Le N° de contrat et le N° d'Adhérent, tous deux reportés au Bulletin d'adhésion,

- Le certificat médical établi par le médecin traitant mentionnant la nature de l'Hospitalisation,

- Le certificat d'Hospitalisation mentionnant les dates d'entrée et de sortie ou un bulletin de situation en cas d'Hospitalisation supérieure à 1 mois.

Si des pièces médicales complémentaires s'avèrent nécessaires, l'Assuré en sera personnellement averti par courrier.

AGGRAVATION INDEPENDANTE DU FAIT ACCIDENTEL OU PATHOLOGIQUE

Si les conséquences d'un Accident ou d'une Maladie sont aggravées par l'état constitutionnel, par l'existence d'une incapacité antérieure, par un traitement empirique, ou par le refus ou la négligence de la part de l'Assuré de se soumettre aux soins médicaux nécessités par son état, l'indemnité sera calculée non pas sur les suites effectives du cas, mais sur celles qu'elles auraient eues chez un sujet de santé normale soumis à un traitement médical rationnel et approprié.

4.3 - LE REGLEMENT DU SINISTRE

APPRECIATION DU SINISTRE :

L'Assuré (ou son représentant légal) s'engage à remettre à l'Assureur toutes les pièces lui permettant d'apprécier si le sinistre déclaré s'inscrit bien dans le cadre de la garantie demandée. Au cas où l'Assuré (ou son représentant légal)

refuserait sans motif valable de communiquer ces pièces ou de se soumettre à un contrôle médical d'un médecin expert mandaté par l'Assureur et si après avis donné 48 heures à l'avance par lettre recommandée, il persistait dans son refus, l'Assuré serait déchu de tout droit à indemnités.

Lors de la réalisation du risque, l'Assureur doit exécuter dans le délai convenu la prestation déterminée par le contrat et ne peut être tenu au-delà (Art. L 113-5 du Code des Assurances).

MODALITE DE REGLEMENT :

Le paiement de l'indemnité est effectué par l'Assureur en France métropolitaine et en euros, par virement automatique sur le compte bancaire de l'Assuré ou par chèque, selon les circonstances.

Tout règlement ne pourra se faire qu'après remise d'un dossier complet accompagné des pièces médicales demandées par le Médecin-Conseil de l'Assureur.

- Hospitalisations inférieures à un mois :

Les indemnités seront versées après la sortie d'hôpital de l'Assuré dans les 5 jours suivant la remise d'un dossier complet.

- Hospitalisations supérieures à un mois :

Si l'Hospitalisation de l'Assuré doit durer plus de 30 jours, il peut, à partir du 15^{ème} jour, obtenir une indemnisation des 15 premières journées sur une présentation du certificat médical mentionnant la nature de l'Hospitalisation et d'un bulletin de situation et/ou de tout autre document médical que le Médecin-Conseil de l'Assureur sera éventuellement amené à solliciter.

Puis, chaque nouvelle quinzaine pourra faire l'objet du versement d'un acompte de 15 journées d'indemnisation, pourvu que sa demande soit toujours accompagnée d'un bulletin de situation et d'un certificat médical récent attestant que l'Hospitalisation doit durer encore plus de 15 jours (à compter du jour de la semaine concernée).

Le solde restant dû sera versé à l'Assuré à sa sortie d'hôpital, dans les 5 jours suivant la réception des pièces permettant de constituer un dossier complet.

En cas de décès avant le règlement des indemnités dues, le versement serait adressé au Conjoint, à défaut aux ayants droit légaux.

4.4 - EXPERTISE

En cas de désaccord entre les parties, chacune d'entre elles choisit un expert. Si les experts ainsi désignés ne sont pas d'accord, un tiers expert est désigné par le Président du Tribunal compétent, du lieu de résidence principale de l'Assuré. Cette nomination a lieu sur simple requête de la partie la plus diligente faite au plus tôt 15 jours après l'envoi à l'autre partie d'une lettre recommandée de mise en demeure avec avis de réception.

Chaque partie paie les frais et honoraires de son expert et s'il y a lieu, la moitié des honoraires du tiers expert et des frais de sa nomination.

Aucune action ne peut être exercée contre l'Assureur tant que le tiers expert n'a pas tranché le différend. Le paiement des indemnités intervient dans les quinze jours qui suivent soit l'accord amiable, soit la décision judiciaire exécutoire.

CHAPITRE 5 – FONCTIONNEMENT DE L'ADHESION

5.1 - PRISE D'EFFET ET DUREE DE L'ADHESION

Pour toute adhésion, les garanties prennent effet le premier jour du mois qui suit la réception par le Souscripteur du Bulletin d'adhésion dûment complété et accompagné du règlement de la cotisation correspondante, pour une première période allant jusqu'au 31 décembre de l'année en cours.

Par la suite et sauf résiliation, l'adhésion est reconduite automatiquement pour une durée de 1 an, par tacite reconduction à échéance annuelle fixée au 1^{er} janvier de chaque année.

5.2 - MODIFICATION DE L'ADHESION

Par lettre recommandée adressée au Souscripteur, l'Adhérent peut, dans la limite des possibilités de garanties offertes, demander une modification portant sur son adhésion.

Toute demande d'augmentation ou de diminution de montant de garanties est prise en compte tout au long de l'année. Toute modification acceptée prend effet le premier jour du mois suivant la réception de ladite demande de modification par le Souscripteur.

Un avenant de modification au Bulletin d'adhésion sera alors adressé par le Souscripteur à l'Adhérent, précisant les nouvelles garanties, la nouvelle cotisation annuelle et le prorata de jour de cotisation perçue ou ristournée entre la date d'effet de la modification et l'échéance annuelle de l'adhésion.

5.3 - RESILIATION DE L'ADHESION

L'adhésion peut être résiliée au moyen d'une lettre recommandée avec accusé de réception ou par tout autre moyen prévu à l'article L 113.4 du Code des Assurances, dans les conditions suivantes :

Par l'Adhérent :

- à l'échéance annuelle, dans un délai d'au moins 60 jours avant la date d'échéance, le cachet de la poste faisant foi,
- En cas de majoration tarifaire à l'échéance annuelle dans les 30 jours qui suivent la notification par l'Assureur ou le Souscripteur de l'augmentation tarifaire.

Par le Souscripteur :

- En cas de non paiement de la cotisation (voir chapitre 6 "Obligations de l'Adhérent/l'Assuré – 6.3 Défaut de paiement des cotisations"),

- Dans les deux premières années de l'adhésion, à l'échéance annuelle dans un délai d'au moins 60 jours avant la date d'échéance, le cachet de la poste faisant foi.

De plein droit :

- En cas de résiliation du contrat groupe par le Souscripteur ou l'Assureur. Dans ce cas, le Souscripteur en informera l'Adhérent par écrit au plus tard 30 jours avant la date d'échéance de l'adhésion et l'adhésion poursuivra en tout état de cause ses effets jusqu'à son échéance annuelle,
- Lorsque l'Adhérent perd sa qualité de membre-adhérent vis à vis du Souscripteur.

5.4 - CESSATION DES GARANTIES

Outre les possibilités de résiliation prévues par ailleurs au contrat, les garanties de l'adhésion cessent en tout état de cause leurs effets pour tous les Assurés :

- A l'échéance annuelle qui suit le 75^{ème} anniversaire de l'Adhérent,

- Si l'Adhérent vient à décéder.

Les garanties cessent également leurs effets :

- Uniquement pour le Conjoint Assuré : à l'échéance annuelle qui suit son 75^{ème} anniversaire,

- Uniquement pour les enfants Assurés : à l'échéance annuelle qui suit leur 18^{ème} anniversaire ou leur 25^{ème} anniversaire s'ils poursuivent des études et sont toujours à charge fiscalement de l'Adhérent ou du Conjoint Assuré.

5.5 - ADHESIONS MULTIPLES

Un Assuré ne peut en aucun cas adhérer plusieurs fois au présent contrat. Si cela était, l'engagement de l'Assureur serait, en tout état de cause, limité à l'adhésion la plus ancienne.

CHAPITRE 6 - OBLIGATIONS DE L'ADHERENT/L'ASSURE

6.1 - DECLARATION DU RISQUE

Conformément à la loi, le présent contrat est établi d'après les déclarations de l'Assuré. Il doit en conséquence répondre aux questions posées par l'Assureur notamment au moyen du Bulletin d'adhésion, qui sont de nature à lui faire apprécier les risques qu'il prend à sa charge.

De même l'Assuré est tenu de déclarer en cours de contrat toute circonstance nouvelle qui pourrait avoir comme conséquence de rendre inexacts ou caduques les réponses faites à l'Assureur (art. L 113-2 du Code des Assurances). Il est toutefois convenu que l'évolution de santé de l'Assuré et le nombre de sinistres déclarés en cours de contrat ne seront en aucun cas considérés comme des éléments d'aggravation du risque.

L'Assuré devra déclarer toute circonstance nouvelle au Souscripteur, dans un délai de 15 jours où il en a eu connaissance.

Lorsque ce changement constitue une aggravation du risque telle que, si le nouvel état de chose avait existé lors de l'acceptation de l'adhésion, l'Assureur ne se serait pas engagé ou ne l'aurait fait que moyennant cotisation plus élevée, l'Assureur peut proposer une cotisation complémentaire. Si l'Adhérent ne donne pas suite à la proposition ou s'il refuse le nouveau montant, l'Assureur peut résilier le contrat au terme d'un délai de trente jours à compter de cette proposition, à condition d'avoir informé l'Adhérent de cette faculté, en la mentionnant dans la lettre proposition.

SANCTIONS EN CAS DE FAUSSE DECLARATION

Toute inexactitude, omission, réticence ou fausse déclaration intentionnelle de la part de l'Assuré portant sur les éléments constitutifs du risque à l'adhésion du contrat ou en cours de contrat, est sanctionnée même si elle a été sans influence sur le Sinistre, par une réduction d'indemnité ou même une nullité du contrat (articles L 113-8 et L 113-9 du Code des Assurances).

De même toute omission, réticence, fausse déclaration volontaire ou non dans la déclaration du Sinistre expose l'Assuré à une déchéance des garanties voire une résiliation du contrat.

6.2 - PAIEMENT DE LA COTISATION

Voir au verso du Bulletin d'Adhésion.

6.3 - DEFAUT DE PAIEMENT DE LA COTISATION

A défaut de règlement dans les 10 jours suivant l'échéance, le Souscripteur, indépendamment de son droit de poursuivre l'exécution du contrat en justice, sera amené à réclamer à l'Adhérent la cotisation impayée par le moyen d'une lettre recommandée lui rappelant les dispositions légales dans ce domaine, à savoir :

- Suspension des garanties dans les 30 jours suivant l'envoi de la lettre recommandée de mise en demeure (Art. L 113-3 du Code des Assurances).

- Résiliation de l'adhésion 10 jours après l'expiration de ce délai de 30 jours en cas de refus de paiement.

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.

En cas de fractionnement de la cotisation, le non paiement d'une fraction de cotisation à l'échéance entraîne l'annulation du fractionnement et l'exigibilité de la totalité des fractions dues au titre de l'année d'assurance en cours.

La suspension de garantie pour non paiement, signifie que

l'Assureur est dégagé de tout engagement à l'égard de l'Assuré au cas où un sinistre surviendrait durant cette période de suspension.

Le contrat non résilié reprend effet le lendemain à midi du jour où la cotisation arriérée ou, dans le cas d'un paiement fractionné de cotisation qui a fait l'objet de la mise en demeure, ainsi que les fractions de cotisation restant dues pour la période restante de l'année d'assurance en cours, auront été payées au Souscripteur mandaté par l'Assureur. La modalité de paiement fractionné sera, la cas échéant, abrogée et remplacée par le paiement annuel. Le paiement fractionné ne pourra être rétabli que sur accord écrit du Souscripteur.

6.4 - CHANGEMENT DE DOMICILE

L'Adhérent est tenu d'aviser le Souscripteur de tout changement de domicile. A défaut, les lettres recommandées adressées par le Souscripteur ou l'Assureur, à son dernier domicile connu seront réputées avoir été reçues.

CHAPITRE 7 - DISPOSITIONS GENERALES

7.1 - OBLIGATIONS DU SOUSCRIPTEUR

Conformément à l'article L 140-4 du Code des Assurances, le Souscripteur s'engage à :

- remettre à l'Adhérent, la Notice d'information pré-établie par l'Assureur à cet effet,
- d'informer par écrit les Adhérents des modifications portant sur leurs droits et obligations.

La preuve de la remise de la Notice d'information à l'Adhérent et de l'information relative aux modifications contractuelles, incombe au Souscripteur.

7.2 - MAJORATION DES COTISATIONS

Conformément à l'article 6 de la loi 89.1009 du 31.12.1989, toute majoration de tarif devra être uniforme pour l'ensemble des Assurés relevant d'une même catégorie tarifaire.

Celle-ci ne pourra intervenir qu'au terme de chaque année civile et devra être proposée par l'Assureur au Souscripteur au moins 90 jours à l'avance par lettre recommandée.

Le Souscripteur s'engage conformément à l'article L 140-4 du Code des Assurances à en informer les Adhérents et ce dans les 15 jours qui suivront.

En cas de désaccord, le Souscripteur ou l'Adhérent a alors le droit de résilier le présent contrat, ou l'adhésion au contrat en ce qui concerne l'Adhérent, par lettre recommandée adressée à l'Assureur ou au Souscripteur s'il s'agit de l'Adhérent, ou par l'un des autres moyens prévus à l'article L 113-14 du Code des Assurances, dans les 30 jours qui suivent celui où il a eu connaissance de la modification. La résiliation prend effet un mois après notification et l'Assureur a droit à la portion de cotisation calculée sur les anciennes bases au prorata du temps écoulé entre la date de la dernière échéance et la date d'effet de la résiliation.

A défaut de résiliation, la majoration est considérée comme acceptée par le Souscripteur et l'Adhérent.

7.3 - DEMANDE D'INFORMATIONS

D'un commun accord entre les parties, il est convenu qu'à tout moment, l'Assureur se réserve le droit de demander au Souscripteur et/ou à l'Adhérent, toute information permettant d'apprécier à sa juste valeur l'évolution du risque lié au contrat.

7.4 - PRESCRIPTION

Conformément aux articles L 114-1 et L 114-2 du Code des Assurances, toutes les actions sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance sauf si les bénéficiaires en cas de décès de l'Assuré sont les ayants droit de la victime où ce délai est alors porté à 10 ans.

La prescription peut être interrompue par une des causes ordinaires d'interruption ainsi que dans les cas ci-après :

- désignation d'expert à la suite d'un sinistre,
- envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception (par la Société, au Souscripteur ou à l'Adhérent en ce qui concerne le paiement de la cotisation, par l'Adhérent ou l'Assuré à la Compagnie en ce qui concerne le règlement de l'indemnité), citation en justice (même en référé),
- commandement ou saisie signifié à celui que l'on veut empêcher de prescrire.

Toutefois, ce délai ne court :

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

7.5 - INFORMATIQUE ET LIBERTE (Loi N° 7817 du 06/01/78)

Le Souscripteur ou l'Adhérent peut demander communication et rectification de toute information le concernant figurant sur tout fichier à l'usage de l'Assureur. Le droit d'accès et de rectification peut s'exercer au siège de l'Assureur.

AIG Europe - Société anonyme au capital de 25.000.000 EUR

Entreprise régie par le Code des Assurances français.

RCS Nanterre B 552 128 795 00135

TVA CEE FR 41 552 128 795