



Assurance collective temporaire d'accidents, annuelle et renouvelable Extrait des conditions générales et particulières Police n° : 2512700160-7

Preneur : FEDERACIÓ D'ENTITATS EXCURSIONISTES DE CATALUNYA.
Rambla, 41 — Principal 08002 BARCELONE — NIF : G-58134081

Compagnie d'assurance : Agrupació AMCI, S.A., de Seguros y Reaseguros.
Carretera de Rubí, núm. 72-74, Edif. Horizon, 08174 Sant Cugat del Vallés - Barcelone (Espagne) – NIF A-65782807

Médiateur : BORRAS-VÁZQUEZ-CAMESELLE-ARTAI, S.A.
Avda. García Barbón 48, 36201 Vigo (Pontevedra) – NIF A-36768257

Régime du contrat

Ce contrat est soumis à la loi 50/1980, du 8 octobre sur les contrats d'assurance, et à la loi 20/2015, du 14 juillet, relative à l'ordonnance, la surveillance et la solvabilité des compagnies d'assurance et de réassurance et à son règlement de développement, approuvé par le décret royal 1060/2015, du 20 novembre, et aux autres normes de réglementation des assurances privées applicables. Il est également soumis à ce qui est stipulé dans les conditions générales, particulières et, le cas échéant, dans les certificats individuels de l'assurance de ce contrat et aux suppléments ou annexes de ces certificats, à condition que le preneur ait effectivement payé les primes accordées.

Les parties acceptent expressément, avec le paiement préalable de la prime, que, le cas échéant, toutes les modifications nécessaires soient incorporées dans la police, à travers l'élaboration de suppléments ou d'annexes aux conditions générales, et/ou particulières, et/ou de certificats individuels d'assurance de ce contrat, sans que ces modifications entraînent l'extinction de la relation contractuelle d'origine, recueillie dans la police.

Définitions

Groupe assurable : Les personnes appartenant à la FEEC au travers d'une « licence temporaire » concédée pour la réalisation d'activités concrètes à des dates précises, organisées par des clubs, des entités membres de la FEEC ou par la FEEC elle-même, en Espagne, en Andorre et dans les Pyrénées françaises.

Groupe assuré : Les personnes qui appartiendraient au groupe assurable à la date de constitution de ce contrat, que, conformément aux conditions d'adhésion, le preneur autoriserait à inclure dans la police et que la compagnie d'assurance accepterait d'assurer, et qui seraient titulaires de la « licence temporaire » pour l'activité réalisée.

L'incorporation, dans l'assurance, des assurés, à la date de constitution de ce contrat ou à un moment ultérieur, se fera uniquement si ces derniers sont totalement habilités pour exercer l'activité définie, le cas échéant, dans ces conditions particulières, qu'ils bénéficient d'une bonne santé et qu'ils ne souffrent d'aucun handicap permanent ou temporaire, de maladie grave, ni qu'ils se trouvent dans un processus de déclaration de handicap de n'importe quel degré.

Date d'échéance : la date à laquelle le contrat ou la relation contractuelle d'assurance, en fonction des cas, prendrait fin, le délai convenu s'étant écoulé ou le paiement de la dernière prestation qui, conformément aux conditions du contrat, devait être versé par la compagnie d'assurance, ayant été réalisé.

Date d'exigibilité : la date à laquelle la prestation est exigible, conformément à ce qui a été convenu, et si la ou les conditions définies à ce titre ont été respectées.

Période de carence : la période s'écoulant jusqu'à la date de début de la période de couverture de chaque prestation souscrite.

Période de couverture : période pendant laquelle se produit l'événement dont le risque fait l'objet de la couverture, dans chacune des prestations garanties.

Période d'exigibilité : période pendant laquelle la prestation souscrite dans la police est perçue.

Accident : les références au concept « accident » doivent être entendues comme n'importe quelle lésion corporelle issue d'une cause violente, soudaine, extérieure et étrangère à l'intention de l'assuré. **Dans tous les cas, n'est pas considéré comme un accident :**

a) **L'infarctus du myocarde**, étant entendu comme la mort ou nécrose partielle du muscle cardiaque (myocarde), suite à l'obstruction d'une ou plusieurs artères coronaires, confirmée par des antécédents de

douleur précordiale de la poitrine, altérations des électrocardiogrammes et des enzymes cardiaques (fraction MB de la créatine kinase) supérieures aux niveaux normaux de laboratoire.

b) **L'apoplexie ou accident vasculaire cérébral**, étant entendue comme un accident d'une durée supérieure à 24 heures engendré par une thrombose cérébrale, une embolie ou une hémorragie de nature permanente qui entraîne une diminution fonctionnelle grave pour mener à bien les activités de la vie quotidienne.

c) **Toute maladie, même les maladies professionnelles telles que la sécurité sociale les qualifie**, lumbagos, sciatiques, entorses et déchirures musculaires (à moins de prouver qu'elles sont une conséquence directe d'accidents assurés par ce contrat), les maladies infectieuses, les blessures corporelles ou complications liées à une maladie ou un état pathologique (évanouissements, étourdissements, syncopes, épilepsie ou troubles épileptiformes, ruptures d'anévrisme, varus, etc.) et les hernies de toutes sortes et de toutes natures, ainsi que les complications correspondantes.

d) **L'intoxication alimentaire** sauf si l'assuré y a été confronté suite à un accident couvert dans ce contrat.

Voyage : selon cette police, on entend par voyage, le déplacement de l'assuré en dehors de la province de son domicile habituel.

1.- Objet de l'assurance : prestations assurées

Avec ce contrat, la compagnie d'assurance s'engage, en échange de la perception de la prime, à verser au(x) bénéficiaire(s), les prestations prévues dans les conditions particulières et/ou dans les addenda qui sont émis et qui, le cas échéant, sont recueillis dans le certificat individuel d'assurance, au cas où l'événement assuré aurait lieu dans l'une des prestations souscrites ; conformément aux termes et conditions que le preneur indique à tout moment et que la compagnie d'assurance accepte, avec le paiement prévu, le cas échéant, de la prime correspondante, conformément à ce qui est établi dans la police.

1.1.- Cadre de souscription des prestations

Le cadre de souscription des risques (pour toutes les prestations) fait uniquement référence à l'activité indiquée ci-dessous :

Activité : la période de couverture se limite exclusivement à la période pendant laquelle l'assuré réalise des activités sportives en tant qu'amateur d'excursions et autres variétés sportives détaillées dans les conditions particulières, en montagne, ainsi que sur les tronçons urbains des épreuves sportives et circuits auxquels participe l'assuré en tant que

fédéré. Seront également inclus les déplacements avec des moyens de transport spécifiques pour la pratique sportive, comme les remonte-pentes, les funiculaires, les téléphériques et moyens de locomotion semblables ainsi que les séjours que l'assuré fera dans des refuges, au cours de son activité sportive.

1.2.- Prestation de base

Prestation pour décès par accident, où la compagnie d'assurance s'engage à payer au bénéficiaire la prestation convenue, si le décès de l'assuré se produit lors de la pratique d'un sport suite à un accident survenu au cours de la période de couverture et s'il est prouvé que ce décès est une conséquence de cet accident.

1.3.- Autres prestations pouvant être souscrites

La prestation de base ayant été souscrite, pourront également être souscrites :

1.3.1. **-Prestation pour décès**, où la compagnie d'assurance s'engage à payer au bénéficiaire la prestation convenue, si le décès de l'assuré se produit lors de la pratique d'un sport, mais sans cause directe avec lui au cours de la période de couverture. **Cette prestation est incompatible avec la prestation pour décès par accident définie dans la section 1.2 de cette clause.**

1.3.2.- **Prestation pour invalidité permanente partielle pour accident lors de la pratique d'un sport**, où la compagnie d'assurance s'engage à payer au bénéficiaire la prestation convenue, si la perte d'autonomie ou l'impuissance fonctionnelle des membres ou organes, définies dans le barème recueilli ci-après, se produit suite à un accident survenu au cours de la période de couverture et si l'on peut prouver que cette perte ou impuissance est une conséquence de cet accident.

Le montant qui sera payé pour cette prestation sera le résultat d'une application des pourcentages indiqués ci-dessous, sur le montant assuré défini dans les conditions particulières :

Perte ou handicap total des deux bras ou des deux mains, ou d'un bras et d'une jambe, ou d'un bras et d'un pied ou des deux jambes ou des deux pieds : 100 %

Aliénation mentale incurable, qui empêche tout travail : 100 %

Paralysie totale : 100 %

Cécité absolue : 100 %

Perte ou paralysie totale :

- du bras, de la main ;
droite : 60 % ; gauche : 50 %
- du pouce ;

- droit : 22 %, gauche : 18 %
- de l'index ;
 - droit : 15 %, gauche : 12 %
- Des autres doigts de la main ;
 - droit : 8 %, gauche : 6 %
- d'une jambe : 50 %
- de tous les doigts et d'une partie du pied : 25 %
- du pouce du doigt de pied : 8 %
- de l'un des autres doigts de pied : 3 %
- perte complète de la vision d'un œil : 30%
- diminution de la moitié de la vision binoculaire : 25%
- surdité totale : 60%
- perte totale d'un sens : 15 %
- fracture non consolidée d'une jambe ou d'un bras : 25 %
- rigidité complète de la colonne vertébrale : 40%
- extraction de la mâchoire inférieure : 25%
- fracture non consolidée de la mâchoire inférieure : 20 %
- perte totale des mouvements des articulations de l'épaule : 20%
- impuissance fonctionnelle totale du coude : 20 %
- impuissance fonctionnelle totale de la hanche : 20 %
- impuissance fonctionnelle totale du genou : 20 %
- impuissance fonctionnelle totale du coup de pied ou de la cheville : 20%
- fracture non consolidée de la rotule : 20%
- réduction de 5 cm, au moins, d'un membre inférieur : 20%
- réduction de 3 cm, au moins, d'un membre inférieur : 10%
- perte totale complète de l'usage des doigts d'une main : 10%
- amputation de quatre phalanges d'une main : 10%
- perte totale des mouvements du poignet : 10 %

L'expression « perte totale de l'usage d'un membre » signifie l'impuissance fonctionnelle absolue, de telle sorte que les membres inutilisables doivent être considérés comme perdus ou amputés.

Au cas où l'assuré serait gaucher, les pourcentages établis dans le barème pour les côtés droits et gauches seraient inversés.

Les normes suivantes sont applicables en complément du barème précédent :

a) Le pourcentage applicable, s'il y avait plusieurs types de perte anatomique ou d'impuissance fonctionnelle découlant d'un même accident, est déterminé en additionnant les pourcentages propres à chaque perte anatomique ou impuissance fonctionnelle et, au maximum, jusqu'à 100 %.

b) La somme des pourcentages pour différents types de perte anatomique ou impuissance fonctionnelle d'un même membre ou organe ne peut pas être supérieure au pourcentage établi dans le cas de perte totale.

c) Les types de perte d'autonomie ou impuissance fonctionnelle non spécifiés expressément dans le barème doivent être évalués par analogie avec d'autres cas qui y figurent.

d) Les limites et pertes anatomiques à caractère partiel sont évaluées proportionnellement à la perte ou à l'impuissance fonctionnelle absolue du membre affecté.

e) Si un membre ou un organe affecté par un accident présentait auparavant des amputations ou limitations fonctionnelles, le pourcentage applicable est la différence entre celui de l'invalidité préexistante et celui résultant après l'accident.

f) Si le paiement des sommes issues d'invalidité permanente partielle atteignait 100 % du montant assuré de cette prestation, la relation avec la compagnie d'assurance prendrait fin.

g) En cas de décès de l'assuré suite au même accident que celui pour lequel la prestation d'invalidité permanente partielle a été payée, le montant à verser sera réduit du montant déjà payé.

Cette prestation est indépendante du fait que l'assuré se trouve en situation d'invalidité permanente partielle selon le régime correspondant de la sécurité sociale. Par conséquent, la reconnaissance de la situation par l'organe compétent ne permet pas nécessairement que soit généré le droit, pour le bénéficiaire, à percevoir la prestation.

La garantie d'invalidité permanente partielle pour les assurés de plus de 75 ans est exclue.

1.3.3.- Prestations pour assistance sanitaire pour accident survenu au cours de la pratique d'un sport, où la compagnie d'assurance s'engage, en ce qui concerne les cas d'accidents assurés par le contrat d'assurance, à assumer les frais indiqués ci-après. Tout cela dans la limite indiquée dans les conditions particulières et pendant une durée maximum de dix-huit mois à compter de la date de l'accident, survenu au cours de la période de couverture, et à condition que, dans le cas d'un voyage, l'accident se produise dans les 90 premiers jours suivant le début de ce

voyage, à l'exception des expéditions dans des zones où plus de 90 jours seraient nécessaires, des séjours temporaires à l'étranger pour des entraînements spéciaux ou la prestation de services temporaires en tant qu'entraîneurs ou moniteurs, dans le cas de séjours en Andorre. Dans le cas de voyages à l'étranger, les 90 jours commenceront à être comptés à partir du moment où l'assuré sort d'Espagne.

La prestation d'assistance sanitaire, comme conséquence d'un accident sportif, est donnée à tout le monde dans les cas d'urgence, en fonction du cadre territorial de chaque modalité de licence. Les prestations sanitaires qui ne seraient pas des urgences, sont uniquement couvertes lorsqu'elles sont offertes en Espagne.

En vue de ce contrat, on entend par assistance sanitaire pour accident, les actes médicaux et thérapeutiques nécessaires aux soins et à la guérison des lésions de l'assuré causées par des accidents couverts dans la police, jusqu'à leur stabilisation et consolidation, et sont exclues de la couverture les prestations destinées aux soins de l'assuré qui n'impliqueraient pas une amélioration de son état de santé, si celui-ci était irréversible, ainsi que les soins palliatifs.

Concrètement, sont comprises dans cette couverture les dépenses suivantes :

- a) Assistance médico-pharmaceutique et interventions chirurgicales.
- b) Séjour en cliniques et hôpitaux, et transfert depuis le lieu de l'accident, si la nature des lésions l'exige.
- c) Assistance en régime hospitalier, pour les coûts de prothèses et matériaux d'ostéosynthèse, intégralement.
- d) Coûts occasionnés par la rééducation.
- e) Coûts occasionnés par l'acquisition de matériel orthopédique pour les soins donnés suite à un accident sportif (pas pour la prévention), jusqu'à 70 % du montant total de la facture et sur présentation des justificatifs opportuns.
- f) Coûts occasionnés en odontostomatologie pour des lésions dans la bouche, en raison d'un accident sportif. Ces dépenses seront couvertes à hauteur de 300,00 euros.

Dans les cas de chirurgie traumatologique, à cause d'un accident assuré par ce contrat d'assurance, dans laquelle sont implantés des matériaux d'ostéosynthèse qui, plus tard, seront retirés, le délai maximum sera de vingt-quatre mois à compter de la date d'accident. De même, dans le cas de lésions survenues en montagne par congélation, le délai

maximum sera de vingt-quatre mois à compter de la date d'accident.

L'assistance sanitaire, les coûts pharmaceutiques, la rééducation, l'acquisition de matériel orthopédique ou autres dépenses couvertes doivent être, dans tous les cas, prescrites par un médecin chargé de l'assistance. Les frais de transport de l'accidenté depuis le lieu de l'accident jusqu'au lieu où il sera reçu devront être prescrits par le médecin de l'assistance et ils obéiront à une raison justifiée.

Cette couverture peut être souscrite par l'une des options suivantes :

- Prestation de l'assistance dans les centres conventionnés spécifiés par la compagnie d'assurance dans les conditions particulières du contrat. La compagnie d'assurance assume les frais d'assistance sanitaire jusqu'à la limite maximum établie dans les conditions particulières du contrat.

En vue de cette police, sont considérés comme centres conventionnés, les centres sanitaires et/ou hospitaliers avec lesquels la compagnie d'assurance entretient une relation contractuelle, à travers laquelle sont accordés les tarifs pour la prestation des services d'assistance sanitaire couverts dans ce contrat d'assurance, et que le centre conventionné prête aux assurés qui auraient subi un accident couvert dans cette police.

- Si l'assuré ne peut pas se rendre dans un centre conventionné, l'assistance pourra être donnée dans n'importe quel centre et la couverture entraînera le remboursement à l'assuré des frais assumés, jusqu'à une limite maximum établie dans les conditions particulières du contrat.

Dans ce cas, la compagnie d'assurance n'assumera pas les coûts d'assistance sanitaire qui dépasseraient les limites établies pour les centres non conventionnés.

Cependant, l'assuré pourra choisir ultérieurement de recevoir l'assistance sanitaire nécessaire dans un centre conventionné de la compagnie d'assurance, tant que les frais pour les services d'assistance sanitaire sont dans les limites maximum établies dans la police pour les centres conventionnés.

Aussi bien les professionnels médicaux choisis directement par l'assuré en dehors du cadre des centres conventionnés, que ceux qui agissent dans ces centres conventionnés, bénéficient d'une totale autonomie, indépendance et responsabilité dans la prestation de l'assistance sanitaire. Donc, la compagnie d'assurance n'assume en aucun cas les responsabilités directes, solidaires ou subsidiaires pour des actions et/ou omissions des professionnels en question. La compagnie d'assurance, en ce sens,

n'a aucun contrôle sur les actes des professionnels mentionnés dans la mesure où l'exercice illégal d'une activité professionnelle de la part de tiers dans le secteur sanitaire, la protection du secret professionnel et la confidentialité des données sanitaires le lui interdit.

Conformément à la LCS concernant les frais d'assistance sanitaire, la compagnie d'assurance se subroge, par le simple fait du paiement des indemnités, à tous les droits et actions qui reviendraient à la personne assurée, contre des tiers responsables de l'accident, et elle peut exercer ces droits en son nom propre ou celui de l'assuré, si ce dernier lui a octroyé les pouvoirs nécessaires à ce titre, et ces frais sont à la charge de la compagnie d'assurance. Dans tous les cas, l'assuré doit collaborer pleinement et en toute bonne foi avec la compagnie d'assurance afin de pouvoir mieux traiter l'action exercée.

En vue de cette prestation, il faut que la première assistance sanitaire qui doit être couverte avec la police soit reçue dans les 7 jours suivant la survenue de l'accident assuré par le contrat d'assurance.

1.3.4.- Prestations pour assistance et sauvetage pour accident, où la compagnie d'assurance s'engage, en ce qui concerne les cas d'accidents assurés par le contrat d'assurance, à assumer les frais de la prestation établie dans les couvertures indiquées ci-après. Tout cela dans la limite maximum indiquée dans chacune et suite à un accident survenu au cours de la période de couverture, et à condition que, dans le cas d'un voyage, l'accident se produise dans les 90 premiers jours suivant le début de ce voyage, à l'exception des expéditions dans des zones où plus de 90 jours seraient nécessaires, des séjours temporaires à l'étranger pour des entraînements spéciaux ou la prestation de services temporaires en tant qu'entraîneurs ou moniteurs, dans le cas de séjours en Andorre.

a) Recherche et sauvetage en Espagne et à l'étranger. La compagnie d'assurance se chargera des frais engendrés suite à la recherche et/ou au sauvetage de l'assuré, lorsque ce dernier aura subi un accident ou que la situation représente un risque clair pour sa vie ou son intégrité physique. Dans ce dernier cas, la première assistance sanitaire à caractère urgent sera également couverte.

Le remboursement des frais se fera sur présentation des justificatifs originaux (factures, reçus ou documents similaires) et dans les limites convenues. La limite maximum assurée à ce titre est établie dans la section 2.- Capitaux, activités et étendue de la couverture par modalité.

b) Transport ou rapatriement sanitaire des blessés en Espagne et à l'étranger. Si l'assuré avait un accident, la compagnie d'assurance prendra à sa charge les frais suivants :

- Le transport en ambulance jusqu'à la clinique ou l'hôpital le plus proche.

- Le contrôle par son équipe médicale, en contact avec le médecin qui reçoit l'assuré blessé, afin de déterminer les mesures appropriées en vue du meilleur traitement qu'il conviendrait de suivre et le moyen le plus approprié pour son éventuel transfert jusqu'à un centre hospitalier plus approprié ou jusqu'à son domicile.

- Le transfert du blessé par le moyen de transport le plus approprié, jusqu'au centre hospitalier prescrit ou jusqu'à son domicile habituel. Si l'assuré est hospitalisé dans un centre loin de son domicile, la compagnie d'assurance prendra à sa charge, à ce moment, les frais du transfert jusqu'à son domicile.

Le moyen de transport utilisé en Europe et dans les pays riverains de la Méditerranée, lorsque la gravité et l'urgence du cas le requièrent, sera l'avion sanitaire spécial.

Dans d'autres cas ou dans le reste du monde, le transfert se fera par avion de ligne régulier ou par les moyens les plus rapides ou appropriés, selon les circonstances.

1.4.- Modalité de paiement de la prestation

Les prestations souscrites impliquant une obligation de paiement de la part de la compagnie d'assurance en faveur du bénéficiaire seront perçues sous forme de capital immédiat à la date de survenue du sinistre.

2 - Capitaux, Activités et étendue de la couverture par modalité

Modalité 1

Activités : Randonnées et marches populaires.

Étendue : Espagne

Garanties et capitaux :

- Décès par accident, pendant la pratique sportive : 6 000,00 €
- Décès, lorsque celui-ci se produirait pendant la pratique sportive, mais sans cause directe avec celle-ci : 1 800,00 €
- Invalidité permanente partielle par accident, pendant la pratique sportive : 12 000,00 €
- Assistance sanitaire pour accident, pendant la pratique sportive limitée à (*) :
 - Dans des centres conventionnés, limitée à :

3 000,00 €

- Dans des centres non conventionnés, limitée à :
1 200,00 €
- À l'étranger, limitée à : 2 500,00 €
- Assistance et sauvetage pour accident, pendant la pratique sportive limitée à : 9 000,00 €

(*) Les couvertures de l'assistance sanitaire dans des centres conventionnés et dans des centres non conventionnés ne sont pas cumulatives.

Modalité 2

Activités : Coupes catalanes de randonnées de résistance et marches techniques.

Étendue : Espagne.

Garanties et capitaux :

- Décès par accident, pendant la pratique sportive : 6 000,00 €
- Décès, lorsque celui-ci se produirait pendant la pratique sportive, mais sans cause directe avec celle-ci : 1 800,00 €
- Invalidité permanente partielle par accident, pendant la pratique sportive : 12 000,00 €
- Assistance sanitaire pour accident, pendant la pratique sportive limitée à (*) :
 - Dans des centres conventionnés, limitée à :
3 000,00 €
 - Dans des centres non conventionnés, limitée à :
1 200,00 €
 - À l'étranger, limitée à : 2 500,00 €
- Assistance et sauvetage pour accident, pendant la pratique sportive limitée à : 9 000,00 €

(*) Les couvertures de l'assistance sanitaire dans des centres conventionnés et dans des centres non conventionnés ne sont pas cumulatives.

Modalité 3

Activités : Compétitions des calendriers officiels FEEC, courses de montagne, ultra trails en montagne, kilomètres verticaux, raids en montagne, ski de montagne, raquettes de neige, escalade sportive.

Étendue : Espagne.

Garanties et capitaux :

- Décès par accident, pendant la pratique sportive : 9 000,00 €
- Décès, lorsque celui-ci se produirait pendant la pratique sportive, mais sans cause directe avec celle-ci : 1 800,00 €
- Invalidité permanente partielle par accident, pendant la pratique sportive : 20 000,00 €
- Assistance sanitaire pour accident, pendant la pratique sportive limitée à (*) :

- Dans des centres conventionnés, limitée à :
3 000,00 €
- Dans des centres non conventionnés, limitée à :
1 200,00 €
- À l'étranger, limitée à : 2 500,00 €
- Assistance et sauvetage pour accident, pendant la pratique sportive limitée à : 9 000,00 €

(*) Les couvertures de l'assistance sanitaire dans des centres conventionnés et dans des centres non conventionnés ne sont pas cumulatives.

Modalité 4. Activités des entités

Sorties officielles d'associations de randonneurs et/ou clubs sportifs, randonnées, alpinisme, escalade, ski de montagne, raquettes de neige, canyoning, marche nordique, vélo de montagne et les autres sports FEEC ainsi que les activités de formation (cours de promotion, rencontres sociales, journées techniques...), séjours (rencontres, jeunesse, techniques,...).

Étendue : Espagne, Andorre et Pyrénées françaises

Garanties et capitaux :

- Décès par accident, pendant la pratique sportive : 6 000,00 €
- Décès, lorsque celui-ci se produirait pendant la pratique sportive, mais sans cause directe avec celle-ci : 1 800,00 €
- Invalidité permanente partielle par accident, pendant la pratique sportive : 12 000,00 €
- Assistance sanitaire pour accident, pendant la pratique sportive limitée à (*) :
 - Dans des centres conventionnés, limitée à :
3 000,00 €
 - Dans des centres non conventionnés, limitée à :
1 200,00 €
 - À l'étranger, limitée à : 2 500,00 €
- Assistance et sauvetage pour accident, pendant la pratique sportive limitée à : 9 000,00 €

(*) Les couvertures de l'assistance sanitaire dans des centres conventionnés et dans des centres non conventionnés ne sont pas cumulatives.

Extension des couvertures pour toutes les modalités

:

Dans les limites établies dans chaque garantie, sont couvertes les lésions se produisant en cas d'insolation, de congélation, de problèmes causés par l'altitude (y compris les œdèmes pulmonaires et cérébraux de haute altitude), ainsi que les piqûres d'insectes, les morsures d'animaux et les orages pendant la pratique des dites modalités sportives.

Régularisations

Le preneur a la faculté de modifier les prestations assurées, aussi bien celles prévues initialement que celles venant d'être régularisées.

De même, les modifications des données des assurés / bénéficiaires communiquées par le preneur à la compagnie d'assurance peuvent donner lieu à des régularisations.

Dans tous les cas, pour que la compagnie d'assurance accepte la modification des prestations assurées, l'assuré et/ou bénéficiaire sont obligés de déclarer à la compagnie d'assurance, conformément au questionnaire auquel celle-ci les soumet, toutes les circonstances de leur connaissance qui pourraient influencer l'évaluation du risque. La compagnie d'assurance se réserve également le droit de demander, si elle le juge approprié, des documents prouvant l'âge du ou des assuré(s) et/ou bénéficiaire(s).

Déclarations

Le preneur de l'assurance et/ou les assurés ont le devoir de déclarer à la compagnie d'assurance, avant de souscrire le contrat ou avant chaque relation contractuelle d'assurance, conformément au questionnaire auquel ils sont soumis, toutes les circonstances qui, de leur connaissance, pourraient influencer l'évaluation du risque. Ils sont exempts de ce devoir si la compagnie d'assurance ne les soumet pas à ce questionnaire ou à condition que, s'ils y ont été soumis, il s'agisse de circonstances qui, même si elles peuvent influencer l'évaluation du risque, ne sont pas comprises dans ledit questionnaire.

La compagnie d'assurance se réserve le droit de demander, si elle le juge approprié, un questionnaire à la personne assurée ou des documents prouvant son âge.

Au cas où l'âge de l'assuré déclaré ne serait pas son âge exact, la compagnie d'assurance peut contester le contrat ou la relation d'assurance si l'âge correct au moment de l'entrée en vigueur est supérieur aux limites d'admission établies.

Le preneur de l'assurance et/ou l'/les assuré(s) doivent communiquer à la compagnie d'assurance, dès que possible, tous les faits, le cas échéant, qui augmenteraient le risque couvert dans le contrat et qui seraient d'une telle nature que, si la compagnie d'assurance les avait connus au moment de souscrire le contrat, elle ne l'aurait pas souscrit ou elle l'aurait conclu avec des conditions plus coûteuses pour le preneur. L'obligation de fournir cette information s'entend depuis la date d'exécution du contrat ou de chaque relation contractuelle d'assurance, jusqu'à la date d'échéance.

Si le contenu exprimé dans la police diffère de la proposition d'assurance ou des clauses conclues, le preneur de l'assurance peut demander à la compagnie d'assurance dans le délai d'un mois à partir de la remise de la police qu'elle règle les différends existants. Une fois ce terme écoulé, si la réclamation n'a pas été effectuée, la police est considérée comme acceptée.

Durée

La durée du contrat et des relations contractuelles d'assurance qui y sont stipulées est annuelle, sauf si les conditions particulières établissent une durée différente. L'assurance prend effet à 0 heure à la date d'effet et prend fin à 24 heures à la date d'échéance.

Les relations contractuelles d'assurance incluses avec la « licence temporaire » concédée pour la réalisation d'activités concrètes à des dates et pendant des périodes déterminées, organisées par des clubs, des entités membres de la FEEC ou par la FEEC elle-même en Espagne, en Andorre et dans les Pyrénées françaises auront une durée établie pour chaque activité concrète selon ce qui est défini dans chaque « licence temporaire ».

La régularisation des prestations et la souscription à de nouvelles prestations prendront effet à la date indiquée dans le supplément correspondant des Conditions particulières, à condition d'avoir procédé au paiement de la prime correspondante, et elles resteront en vigueur pendant la période établie avec la limite maximum de 24 heures le 31 décembre suivant.

À l'échéance, et à condition que le preneur soit à jour dans le paiement de la / des prime(s), le contrat et les relations contractuelles d'assurance qui y sont stipulées sont automatiquement prorogés par annualité successive, sauf si l'une des parties demande leur résiliation et s'oppose à la prorogation au travers d'une communication écrite à l'autre partie, effectuée, au minimum, un mois avant l'échéance de l'annualité de l'assurance en cours, lorsque celui qui s'y oppose est le preneur et deux mois, lorsqu'il s'agit de la société d'assurance.

Variations dans la composition du groupe assuré ou des bénéficiaires

Le preneur de l'assurance est obligé de notifier à la compagnie d'assurance les variations qui se produiraient dans le groupe assuré et les bénéficiaires. Sauf stipulées, le cas échéant, dans les conditions particulières, ces variations peuvent consister en :

a) Souscriptions d'assurés : occasionnées par l'inclusion dans la relation d'assurés de personnes qui feraient partie du groupe assurable et qui

rempliraient les conditions d'assurance après la date d'entrée en vigueur de l'assurance de groupe, conformément à ce qu'établissent les conditions particulières ou les suppléments correspondants.

b) Annulations de souscriptions d'assurés : elles se produisent suite à la survenue de l'une des causes suivantes :

b.1) Les assurés cessent de faire partie du groupe assuré.

b.2) Décès de l'assuré.

b.3) Survenue de l'un des événements décrits dans les sections 1.3.2. de la clause 1 des conditions générales, dont les risques feraient l'objet de couverture.

b.4) Échéance de la relation contractuelle d'assurance.

c) Annulations de souscriptions de bénéficiaires : occasionnées par le décès ou la révocation des bénéficiaires.

De même, de manière indistincte et solidaire avec le preneur de l'assurance, l'assuré est obligé de notifier à la compagnie d'assurance les variations qui se produiraient pour annulation de souscription dans le groupe assuré et chez les bénéficiaires.

Désignation, changement et révocation des bénéficiaires

La condition de bénéficiaire revient aux personnes physiques en faveur desquelles les prestations sont générées.

Pendant toute la durée du contrat, le preneur de l'assurance peut désigner des bénéficiaires et/ou modifier la désignation faite auparavant, sans avoir besoin du consentement de la compagnie d'assurance.

La désignation du bénéficiaire ou des bénéficiaires peut être établie dans la police même, dans une déclaration écrite postérieure communiquée à la compagnie d'assurance, ou dans un testament.

Le bénéficiaire des prestations pour invalidité, assistance sanitaire et assistance, recherche et rapatriement est l'assuré lui-même.

Si aucun bénéficiaire n'est désigné expressément, il sera entendu que sont désignés, dans l'ordre préférentiel suivant et excluant : le conjoint de l'assuré, sauf s'il existe un jugement de séparation, ses enfants à parts égales, ses parents à parts égales et enfin, ses héritiers.

Le preneur de l'assurance renonce expressément à la faculté de désigner des bénéficiaires en faveur de l'assuré.

En supposant que la personne assurée subisse un sinistre causé intentionnellement par un bénéficiaire, ce dernier est privé du droit à la prestation établie dans la police, ce qui augmentera celle des autres bénéficiaires dans l'ordre suivant :

Premier des autres bénéficiaires désignés expressément.

S'il n'y en a pas, dans l'ordre préférentiel et excluant suivant : le conjoint de l'assuré, sauf s'il existe un jugement de séparation, ses enfants à parts égales, ses parents à parts égales et enfin, ses héritiers. Toutefois, si l'ordre de préférence des héritiers de la succession ab intestat était applicable, en dernier lieu le preneur serait le bénéficiaire au lieu de l'Administration publique.

Toutes les désignations établies de bénéficiaires le sont à condition que le bénéficiaire respecte les exigences liées à la volonté de jouir de cette condition, et au vu seulement des effets exclusifs des prestations assurées et des montants recueillis dans la police.

De même, ce qui est stipulé dans le paragraphe antérieur sera également applicable aux désignations de bénéficiaires réalisées de façon irrévocable.

Cession et nantissement de la police

Le preneur de l'assurance ne pourra ni céder ni nantir la police en renonçant expressément à la désignation de bénéficiaires.

Primes

1. Paiement de primes

Le preneur de l'assurance est obligé de payer une prime pour chaque relation contractuelle d'assurance faisant partie de ce contrat et, le cas échéant, pour chaque régularisation des conditions. La prime est unique et annuelle.

Le paiement de la prime unique annuelle peut se faire de manière échelonnée, sur accord. Dans ce cas, les surtaxes dépendant de l'échelonnement ne sont pas applicables, sauf si, dans les conditions particulières, une autre réglementation est établie.

Le paiement des échelonnements de la prime unique annuelle, ou des primes échelonnées n'a pas de caractère libératoire. Par conséquent, si le sinistre se produisait avant d'avoir payé tous les échelonnements de la prime unique, la compagnie d'assurance doit facturer au preneur le montant des échelonnements dus.

Si la compagnie d'assurance a formulé un ou plusieurs questionnaires, la première prime est exigible lorsque la compagnie d'assurance donne sa

conformité au résultat des questionnaires. Elle est considérée conforme lorsque la compagnie d'assurance accepte le paiement de la première prime ou, en cas de prélèvement bancaire automatique, lorsque le paiement est traité et obtenu. Pour déclarer une telle conformité, la compagnie d'assurance dispose de 107 jours à compter de la date à laquelle le ou les questionnaire(s) aura/ont été formulé(s). Une fois cette période écoulée, si le paiement de la première prime n'a pas été vérifié dans les conditions stipulées précédemment, le consentement de la compagnie d'assurance est considéré comme refusé.

Si une date d'effet de l'assurance antérieure à la date de paiement de la première prime a été conclue, le montant doit comprendre nécessairement la période de rétroaction de l'efficacité de l'assurance.

2. Retard et non-paiement de primes

Si la première prime de la relation contractuelle d'assurance n'a pas été versée à la date d'échéance pour des raisons imputables au preneur, la compagnie d'assurance peut exercer le droit de résilier l'opération ou d'exiger le paiement par voie exécutive, sur la base de la police. Si la prime n'a pas été versée avant le sinistre, la compagnie d'assurance est libérée de son obligation. Le fait que le sinistre ait lieu pendant la période de rétroaction de l'efficacité de l'assurance n'est pas une cause de libération, sauf si la compagnie d'assurance prouve la survenue d'une cause juste qui l'empêcherait de donner sa conformité au questionnaire formulé à la personne assurée, ou qui supposerait l'existence d'un dol ou d'une faute grave du preneur ou de l'assuré lors de la formalisation du questionnaire.

En cas de non-paiement d'une prime unique correspondant à un renouvellement, la couverture de la compagnie d'assurance est suspendue un mois après l'échéance de la prime. Si la compagnie d'assurance ne réclame pas le paiement de la prime dans les six mois suivant l'échéance, il est entendu que la relation contractuelle d'assurance prend fin.

Si l'un des échelonnements de la prime unique n'est pas versé à la date d'échéance pour des raisons imputables au preneur, la compagnie d'assurance a le droit de résilier le contrat ou d'exiger le paiement de l'échelonnement ou des échelonnements de la prime due par voie exécutive, en se basant sur la police. À cet effet, le non-paiement de la fraction de la prime unique reçoit le même traitement que le non-paiement de la prime unique annuelle non échelonnée établi dans le deuxième paragraphe de cette section.

Sans nuire aux facultés de la compagnie d'assurance établies en lien avec le non-paiement de primes, le retard de paiement de toute prime due se verra

affecté par un taux d'intérêt égal à l'intérêt de retard prévu dans la Loi sur les budgets généraux de l'état en vigueur, plus deux points.

Sauf si, dans les conditions particulières, une autre réglementation est établie, dans les polices souscrites avec contribution du preneur et de l'assuré dans le coût de la réassurance, le non-paiement d'une partie de la prime par n'importe laquelle des personnes y étant obligées est considéré comme un non-paiement de la totalité, avec les effets indiqués dans les paragraphes précédents, et sans nuire au remboursement, le cas échéant, de la partie de la prime facturée par la compagnie d'assurance.

3. Prélèvement ou virement bancaire

Les primes que doit payer le preneur doivent être versées à la compagnie d'assurance par prélèvement ou virement bancaire. S'il s'agit d'un virement bancaire provenant de l'extérieur, le pays d'origine doit être un pays de l'Union européenne.

En cas de prélèvement bancaire des primes, les conditions suivantes doivent être respectées :

- 1) La personne obligée de payer la première prime doit remettre à la compagnie d'assurance un document écrit adressé à l'entité financière sur lequel figure l'ordre de prélèvement correspondant.
- 2) La deuxième prime et les primes postérieures sont considérées comme versées à l'échéance sauf si, après avoir tenté de payer dans le délai de grâce d'un mois, prévu dans la Loi sur les contrats d'assurance, il n'y avait pas de fonds sur le compte.

En cas de ristourne ou de rétrocession de la prime, le montant à payer doit être versé au moyen de l'émission de l'ordre de paiement correspondant au dépôt dans une entité financière homologuée en Espagne. S'il s'agit d'un virement à l'extérieur, le pays de destination doit être un pays de l'Union européenne.

Valeurs garanties

De par les caractéristiques de cette police, le preneur n'a pas le droit d'obtenir des avances sur la prestation assurée, il ne dispose pas du droit de reprise et il n'a pas le droit de demander la réduction de l'opération.

Risques exclus

1. Sont exclus de la couverture de ce contrat les sinistres survenus suite à :

a) Réaction ou radiation nucléaire ou contamination radioactive, chimique ou biologique, directe ou indirecte.

b) Faits qui, de par leur ampleur ou leur gravité, seraient qualifiés par l'autorité compétente de « catastrophe ou calamité », épidémie ou pandémie.

c) Les sinistres survenus en cas de conflit armé, même s'ils ne sont pas précédés d'une déclaration officielle de guerre, ainsi que les manifestations et mouvements populaires, les actes de terrorisme et de sabotage, les grèves, les détentions de la part de toute autorité pour un délit non dérivé d'un accident de la circulation, de restrictions à la libre circulation, ou tout autre cas de force majeure, à moins que le sinistre n'ait aucun lien avec les événements.

d) L'invalidité temporaire ou permanente existant avant l'incorporation de l'assuré et qui n'aurait pas été communiquée à la compagnie d'assurance avant cette incorporation.

Le paiement de la prime unique annuelle peut se faire de manière échelonnée, sur accord.

f) Les maladies ou lésions qui se produiraient suite à des douleurs chroniques ou qui surviendraient avant le voyage, ainsi que leurs complications et rechutes.

g) Tout type de maladie dont souffrirait l'assuré, comme par exemple les maladies du syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA), les problèmes dérivés de l'alcoolisme et de la toxicomanie, les maladies mentales, entre autres.

h) Les vaccins et contrôles de maladies déjà connues, les cures thermales et thérapeutiques avec rayons UVA.

i) Le traitement des maladies ou des états pathologiques provoqués par une ingestion ou une administration intentionnelle de substances toxiques (drogues), narcotiques, ou par l'utilisation de médicaments sans ordonnance médicale.

j) Maladies mentales ainsi que la psychanalyse et la psychothérapie.

k) Les dommages :

- Couverts par le Consortium de compensation des assurances. Dans ce cas, la clause relative à la couverture de risques extraordinaires dans les conditions générales est applicable. Cette limitation doit être entendue sans nuire aux obligations de paiement de la provision mathématique constituée par la compagnie d'assurance, ou de toute autre valeur, où les termes et conditions établis à tout moment par la norme de réglementation du Consortium.

- Que le Consortium de compensation des assurances ne couvre pas, conformément à certaines des normes établies dans sa réglementation en vigueur à la date de survenue du sinistre.

l) L'intervention de l'assuré en tant que conducteur d'un véhicule non adapté ou non autorisé pour la circulation sur les voies publiques ou sans disposer d'un permis officiel pour le faire.

m) Un acte d'imprudence ou de négligence grave de l'assuré, les accidents provoqués de façon intentionnelle par l'assuré, ainsi que ceux dérivés de sa participation à des duels ou bagarres, à condition que dans ce dernier cas, il n'ait pas agi en légitime défense ou dans le but de sauver des personnes ou des biens.

n) Le suicide ou les maladies et lésions survenant suite à une tentative de suicide, ou causées intentionnellement par l'assuré. De même, les actes volontaires de l'assuré, quel que soit son état mental, ou s'il se trouve sous l'influence de boissons alcoolisées, de psychotropes, de stupéfiants, de stimulants ou autres substances analogues non prescrites par un médecin, ou dans un état d'aliénation mentale. À cet effet, on entendra que l'assuré se trouve sous l'influence de boissons alcoolisées s'il dépasse les limites établies à tout moment par la législation sur la circulation des véhicules à moteur et la sécurité routière, qui permettraient la conduite de tout véhicule non spécial, indépendamment des symptômes externes et comportementaux de l'assuré et du fait que le sinistre se produise ou non à l'occasion de la conduite du véhicule à moteur par l'assuré.

o) La pratique en tant que professionnel de tout sport, aussi bien lors de compétitions officielles ou non, que lors des entraînements ou activités y étant liées.

p) La pratique, quelle que soit sa fréquence, de sports aériens en général (parachutisme, ascensions en ballons aérostatiques, saut à l'élastique, deltaplane, ULM ou planeurs ou toute autre activité similaire) ; la participation à des compétitions, y compris les entraînements, avec des véhicules terrestres, des bateaux ou aéronefs à moteur, en qualité de pilote, copilote ou passager ; et la pratique de plongée sous-marine, ou de tout autre sport qui impliquerait un risque évident pour l'intégrité physique de l'assuré aussi bien de par sa propre nature que parce qu'il ne respecte pas les mesures de sécurité obligatoires.

q) La participation à des expéditions scientifiques ou l'exercice des professions suivantes : pompiers, plongeurs, tailleurs de pierres qui utilisent des explosifs, dompteurs et gardiens d'animaux féroces, personnel de sécurité privée, vigiles assermentés, mineurs, membres des forces armées, membres de forces et corps de sécurité, toreros, trapézistes qui agiraient sans filet, membres de l'équipage d'avion,

et autres qui pourraient comporter des risques équivalents.

r) Les lésions survenues suite à la réalisation de travaux professionnels, l'escalade ou la descente de bâtiments, ponts et travaux de constructions ou métallurgiques, sauf dans les lieux destinés à l'entraînement ou les murs d'escalade spécifiques.

s) Dans la discipline de véto tout terrain (VTT), sont exclus les cas suivants :

1. Toute réclamation pour des dommages matériels ou physiques causés à des tiers pendant la pratique de ladite activité.
2. Tout accident survenu sur une route goudronnée sauf dans les cas suivants :
 - a. Croisements ou intersections d'une piste et d'une route goudronnée.
 - b. Trajets depuis le village où se trouve le club jusqu'au début de la piste forestière, du chemin ou similaire, non goudronné(e) (sauf les trajets urbains).
 - c. Tronçons intermédiaires, sur route goudronnée, entre deux chemins non goudronnés, s'agissant toujours d'une distance courte.
3. La participation à des épreuves et des courses de compétition.

t) Sont exclus de la couverture les processus pour surcharges musculaires, surcharges articulaires ainsi que les tendinites non traumatiques, étant donné que ces processus n'obéissent pas à des faits soudains et violents dus à une action externe étrangère à la volonté de l'assuré.

u) Sont exclus les frais de prothèses, lunettes et lentilles de contact, les accouchements et grossesses sauf les complications prévisibles pendant les six premiers mois, à l'exception des endoprothèses osseuses et des matériaux d'ostéosynthèse.

v) Sont expressément exclus tous les sinistres non communiqués à la compagnie d'assurance dans un délai maximum de 7 jours à partir de la date à laquelle le sinistre a pu être communiqué, à moins qu'il existe, étant donné la gravité du sinistre, une raison suffisante justifiant l'absence de communication dans le délai établi, ainsi que l'absence de moyens disponibles.

w) La participation de l'assuré à des délits ou des crimes.

x) La pratique de toute activité qui se ferait avec des véhicules à moteur.

2. En plus des risques exclus dans la section 1 précédente, sont exclus de la couverture des

prestations pour assistance, sauvetage et rapatriement :

a) L'intervention de tout organisme officiel de secours d'urgence ou le coût de ses services.

b) Sont exclues les opérations de sauvetage, recherche ou secours qui se seraient produites directement ou indirectement suite à une imprudence téméraire de l'assuré.

c) Sont exclues les opérations de sauvetage, recherche ou secours lorsqu'il n'y aurait pas eu d'accident et si la situation ne représentait pas un risque pour la vie ou l'intégrité physique de l'assuré.

d) Sont expressément exclus tous les accidents survenus dans n'importe quel moyen de transport public ou privé qui signifierait un déplacement important, ainsi que les accidents produits dans des centres urbains (sauf si l'accident a lieu pendant que l'assuré participe à des épreuves ou des circuits en tant que fédéré). C'est-à-dire que sont uniquement couverts les accidents survenus dans un environnement montagnard ainsi que dans les moyens de transport nécessaires pour la pratique sportive, comme par exemple les remontées, les trains à crémaillère, les téléphériques, etc.

e) Les frais et démarches qu'impliqueraient les funérailles et l'inhumation.

Gestion de sinistres

Agrupació AMCI, S.A. met à la disposition du fédéré le numéro de téléphone 900120180 (24 heures) afin que celui-ci puisse contacter directement la société, laquelle s'engage à fournir tous les moyens nécessaires pour prêter assistance à l'accidenté. Ce service couvrira le premier niveau d'assistance et par conséquent le suivi de la victime pour l'adresser à un deuxième niveau de spécialisation et/ou rééducation. De plus, en cas de besoin, elle met à la disposition le numéro de téléphone + 34 648275421 utilisable par SMS ou Whatsapp.

En cas d'accident à l'étranger, le numéro de téléphone international est le + 34 934957662 (24 heures), au moyen duquel sera mis à la disposition de l'accidenté le service de sauvetage, rapatriement de blessés ou morts ainsi que le service d'assistance en cas de besoin.

Les assurés devront présenter la « licence temporaire » et prouver que l'accident s'est produit pendant la période de couverture pour recevoir les prestations du contrat. Dans tous les cas, la FEEC s'engage à fournir à Agrupación AMCI S.A l'information nécessaire afin de confirmer que la personne accidentée réalisait l'activité, objet de couverture au moment de l'accident. Si cela ne peut pas être démontré, la personne accidentée ne serait

pas couverte et les éventuels frais de tout type générés par la notification du sinistre pourront être répercutés à la personne accidentée.

Paiement des prestations

1.- La compagnie d'assurance doit respecter l'obligation dérivée de la prestation convenue une fois la déclaration de sinistre formulée et dûment documentée selon ce qui est indiqué dans la clause suivante et, le cas échéant, dans les conditions particulières, et après avoir accepté par la compagnie d'assurance l'existence du sinistre objet de couverture pour que toutes les exigences et les conditions établies dans la police soient respectées pour effectuer le paiement.

La compagnie d'assurance est libérée du respect de l'obligation dérivée de la prestation, si dans la déclaration du sinistre, les informations nécessaires sur les circonstances et conséquences du sinistre par intervention de dol ou faute grave n'étaient pas fournies.

2.- Avant d'effectuer le paiement de la prestation correspondante, le bénéficiaire doit prouver la liquidation ou l'exemption de tout impôt correspondant, en vue du paiement des prestations, ainsi que le numéro d'identification fiscale.

3.- La prestation ou les prestations sont versées selon les exigences indiquées dans la police et toujours au moyen de l'émission de l'ordre de paiement correspondant, sur le compte de l'entité financière indiquée par le bénéficiaire.

Documents à apporter en cas de sinistre :

Les documents suivants devront être apportés en cas de sinistre avec :

1.- Décès :

- Les documents qui prouvent l'identité, et le cas échéant, la condition du bénéficiaire ainsi que le numéro d'identification fiscale, le livret de famille si cela est opportun et l'adresse du domicile habituel du/des bénéficiaire(s).

- Certificat officiel de décès de l'assuré.

- Les certificats médicaux, le dossier médical ou le rapport d'assistance prouvant les causes du décès, la date à laquelle l'accident/l'accident de la circulation s'est produit ou la date à laquelle la maladie ayant entraîné le sinistre a été diagnostiquée, son évolution et les éventuels antécédents médicaux.

- Le cas échéant, les témoignages ou les poursuites judiciaires, ou les documents qui les accréditent, et le rapport d'autopsie délivré par le médecin légiste, ainsi qu'un certificat médical sur lequel il est indiqué que l'assuré se trouvait en bonne santé et qu'il ne

souffrait d'aucune maladie qui aurait pu entraîner sa mort subite.

- Document qui prouve la liquidation, si nécessaire, de l'impôt sur les successions et les donations.

- Le certificat délivré par le Fichier central des dispositions de dernières volontés et, le cas échéant, la copie du dernier testament de l'assuré, l'acte de notoriété ou l'acte judiciaire de déclaration des héritiers ab intestat.

- Le document qui prouve l'identité du titulaire du compte bancaire désigné pour le paiement de la prestation.

- Tout autre document ou moyen de preuve dont la compagnie d'assurance aurait besoin pour déterminer l'existence du sinistre, ou pour toute autre cause juste.

2. Avec invalidité permanente partielle par accident :

- Les documents qui prouveraient l'identité et, le cas échéant, la condition du bénéficiaire, ainsi que son numéro d'identification fiscale.

- Le cas échéant, la résolution ou le certificat de l'organisme public compétent de la Sécurité sociale ou la sentence judiciaire ferme qui reconnaîtrait que les lésions impliquent que l'assuré se trouve dans une situation d'invalidité selon le régime correspondant de la Sécurité sociale.

Afin d'accréditer le caractère définitif de la sentence judiciaire, il faut apporter, en plus de la sentence, le certificat officiel du tribunal social, où il est expressément mentionné que la sentence est ferme, ou la notification précisant le caractère définitif de la sentence élaborée d'office par le tribunal.

Si cette situation n'était pas reconnue selon le régime correspondant de la Sécurité sociale, il faut apporter un certificat ou une résolution délivré(e) par l'Institut des migrations et services sociaux ou l'organisme compétent des communautés autonomes (présenter l'original ou une copie certifiée conforme), où est accrédité le degré d'invalidité impliqué par les lésions ayant généré la prestation assurée.

- Les certificats médicaux, le dossier médical ou le rapport d'assistance prouvant les lésions, la date à laquelle s'est produit l'accident et les éventuels antécédents médicaux.

- Le document qui prouve l'identité du titulaire du compte bancaire désigné pour le paiement de la prestation.

- Tout autre document ou moyen de preuve dont la compagnie d'assurance aurait besoin pour

déterminer l'existence du sinistre, ou pour toute autre cause juste.

3. Vérification de l'invalidité permanente partielle par accident de la part de la compagnie d'assurance

La compagnie d'assurance vérifie, en ce qui concerne la documentation apportée, la condition d'invalidité permanente partielle de l'assuré, conformément aux définitions de ce contrat.

Si entre la compagnie d'assurance et le preneur, ou si c'est le cas, le bénéficiaire, il n'existe aucun accord concernant le caractère permanent des lésions de l'assuré, tous les deux doivent se soumettre, et l'accepter par écrit, à la décision de deux experts médicaux, dont chaque partie désigne le sien.

Si l'une des parties n'a pas désigné l'expert médical correspondant, elle est obligée de le faire dans les huit jours suivant la date à laquelle la partie qui l'aurait déjà désigné lui intimerait de le faire. Une fois ce délai écoulé, si la désignation n'a pas été effectuée, il est entendu que la partie accepte la décision de l'expert désigné par l'autre partie et s'engage à la respecter.

Si les experts médicaux adoptent une décision commune, ils doivent le stipuler dans un acte conjoint dans lequel les causes du sinistre et le caractère permanent, ou non, de l'invalidité seront précisés, toujours conformément aux définitions et clauses de ce contrat.

Si les experts mentionnés adoptent des décisions différentes, les deux parties doivent désigner un troisième expert d'un commun accord. Si elles ne parviennent pas à un accord pour la désignation, le juge de première instance adscrit au domicile de l'assuré se chargera de le faire dans un acte de juridiction volontaire et selon un tirage au sort (désignation aléatoire) d'experts prévus dans le Code de procédure civile. Dans ce cas, la décision des experts doit être émise dans les délais mentionnés par les parties ou, s'il n'y en a pas, dans les trente jours à partir de la date à laquelle le troisième expert accepterait la désignation.

La décision (unanime ou à la majorité) des experts est immédiatement communiquée, de façon incontestable, aux parties. Cette décision est contraignante pour les deux parties, sauf si elle est contestée judiciairement par l'une des parties (le preneur ou le bénéficiaire disposent d'un délai maximum de cent quatre-vingts jours pour le faire ; et la compagnie d'assurance, de trente jours, à partir, pour les deux parties, de la date de notification de la décision). Une fois ces délais écoulés, si aucune action juridique n'a été interposée, la décision de l'expert devient inattaquable.

Chaque partie doit payer les honoraires de l'expert médical qu'elle aura désigné. Les honoraires du troisième expert, s'il est nécessaire de le désigner, les autres frais dérivés de cette intervention d'expert éventuels, sont à la charge, à parts égales, du preneur ou du bénéficiaire et de la compagnie d'assurance. Malgré cela, s'il a été nécessaire de disposer d'un troisième expert parce que l'une des parties a effectué une estimation clairement disproportionnée, seule cette partie devra faire face aux dépenses générées.

Si la décision des experts n'est pas contestée, la compagnie d'assurance doit payer la prestation correspondante en fonction du résultat de l'expertise dans le délai de cinq jours.

4.- Assistance sanitaire :

- Les documents qui prouvent l'identité ainsi que le numéro d'identification fiscale de l'assuré.

- Les certificats médicaux, le dossier médical ou le rapport d'assistance prouvant l'état des lésions, la date à laquelle l'accident occasionnant ces lésions s'est produit ou la date à laquelle la maladie ayant entraîné le sinistre a été diagnostiquée, son évolution et les éventuels antécédents médicaux.

- Factures justificatives le cas échéant des frais médicaux et pharmaceutiques et la prescription médicale qui les prouvent.

- Communiqués de début, de continuité et de fin de l'assistance.

- Le document qui prouve l'identité du titulaire du compte bancaire désigné pour le paiement de la prestation.

- Tout autre document ou moyen de preuve dont la compagnie d'assurance aurait besoin pour déterminer l'existence du sinistre, ou pour toute autre cause juste.

5.- Assistance et sauvetage pour accident :

- Les documents qui prouvent l'identité ainsi que le numéro d'identification fiscale de l'assuré.

- Les certificats médicaux, le dossier médical ou le rapport d'assistance prouvant la cause du décès, la date à laquelle l'accident s'est produit ou la date à laquelle la maladie ayant entraîné le sinistre a été diagnostiqué, son évolution et les éventuels antécédents médicaux.

- Factures justificatives, le cas échéant, des dépenses.

- Au cas où l'accident aurait lieu au cours d'un voyage, le document accréditant la date de début du voyage.

- Le document qui prouve l'identité du titulaire du compte bancaire désigné pour le paiement de la prestation.

- Tout autre document ou moyen de preuve dont la compagnie d'assurance aurait besoin pour déterminer l'existence du sinistre, ou pour toute autre cause juste.

Impôts et surtaxes

Les impôts et surtaxes légalement transférables devant être payés pour cette assurance, aussi bien aujourd'hui qu'à l'avenir, sont à la charge du preneur de l'assurance. Les impôts et surtaxes qui seraient applicables sur les prestations, conformément à la législation en vigueur, sont à la charge du bénéficiaire.

Risques extraordinaires couverts par le Consortium de compensation des assurances

Le Consortium de compensation des assurances indemnise les pertes dérivées d'événements extraordinaires conformément à ce qui est établi dans le texte refondu du statut légal du Consortium de compensation des assurances à tout moment.

Mécanismes de résolution de conflits

Les litiges qui pourraient survenir concernant la compagnie d'assurance et sans nuire au droit de se présenter devant les cours et tribunaux compétents, pourront être soumis à la résolution des instances suivantes :

Dans le cadre de l'assurance et conformément à ce qui est établi dans les Ordonnances du Ministère de l'économie ECO/ 734/ 04, du 11 mars et CEE/ 2502/2012, du 16 novembre :

- a) Devant le service d'assistance et de défense du client (SADC) de la compagnie d'assurance, personnellement ou au moyen de la représentation, par lettre, imprimé disponible dans les bureaux de la compagnie d'assurance ou courrier électronique à l'adresse qui figure à cet effet sur le site www.grupo-acm.es. Celui-ci adoptera une proposition de résolution, par écrit et de façon justifiée, selon la procédure prévue dans le règlement de fonctionnement de l'entité, qui sera à la disposition des intéressés et qui pourra être consultée à tout moment dans les bureaux de la compagnie d'assurance. Le délai de gestion du dossier sera de deux mois à compter du jour de présentation par l'intéressé de la réclamation auprès du service d'assistance client. Malgré cela, le SADC n'admettra pas les questions soumises ou déjà résolues par une décision judiciaire, administrative ou arbitrale.

- b) Devant le Service de réclamations de la Direction générale des Assurances et Fonds de pensions

(Ministère de l'économie et de la compétitivité), à condition que le délai minimum de deux mois se soit écoulé sans qu'une réponse du SADC ait été obtenue ou que celui-ci ait rejeté la demande. En plus de résoudre les réclamations, le Service de réclamations sera également compétent pour répondre aux demandes relatives à des questions d'ordre général sur les droits des assurés et les voies légales pouvant être utilisées pour leur exercice.

Nous mettons à votre disposition un numéro de téléphone exclusif pour les réclamations : 900 300 030 du lundi au vendredi, 24h sur 24.

Traitement et cession des données personnelles

Protection des données à caractère personnel

Responsable : AGRUPACIÓ AMCI DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.

Finalités : souscription et exécution du contrat d'assurance ; envoi de bulletins électroniques et de publicité propre ; réalisation d'actions de fidélisation ; et, si cela a été convenu, envoi de bulletins électroniques et de publicité d'entreprises du Groupe Crédit Mutuel-CIC (consultables sur www.grupo-acm.es) et d'entreprises tiers des secteurs stipulés dans l'information complémentaire sur la protection des données.

Légitimation : exécution du contrat d'assurance ; respect des obligations légales ; consentement express ; intérêt légitime.

Destinataires : coassureurs et réassureurs ; prêteurs de service qui agissent en tant que responsables du traitement des données ; entreprises du groupe Crédit Mutuel-CIC ; compagnies d'assurance ou organismes publics ou privés relatifs au secteur des assurances ; organismes publics et autorités compétentes en général.

Délai de conservation : pendant toute la durée de la police d'assurance et, à son échéance, pendant les délais de prescription des obligations légales exigibles à la compagnie d'assurance conformément à la norme en vigueur à tout moment.

Droits : accès, rectification, suppression, opposition, portabilité et limitation.

Informations supplémentaires : vous pouvez consulter le reste des informations complémentaires sur la protection des données à caractère personnel du groupe GACME publiées sur la page web www.grupo-acm.es

Prévalence des conditions de la police

Cet extrait des conditions générales et particulières est un résumé des conditions de la police. Ce qui y est indiqué prévaudra en cas de litige avec cet extrait.

Ce document est émis dans le but de fournir des informations sur la police d'assurance souscrite par le preneur. Elle est soumise aux exigences et conditions qui, à tout moment, auraient été conclues par le preneur.

Lieu et date d'expédition : À Sant Cugat del Vallès, le 1er janvier 2019.

La compagnie d'assurance,

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'A. M. G.' with a stylized flourish above the letters.

Agrupació AMCI de Seguros y Reaseguros, S.A.
Carretera de Rubí 72-74 Edif. Horizon, 08174 Sant Cugat del Vallés - Barcelone (Espagne) NIF A-65782807
Inscrite au Registre du commerce de Barcelone F.63, H.B-423520, T 43137