

Notice d'assurance « Licencié » SAISON 2025-2026

Fédération Française de Judo



Préambule

Cette notice d'information est établie conformément à l'article L. 141-1 du Code des assurances. Elle décrit les garanties, les exclusions et les obligations de l'assuré (le licencié) au titre des contrats d'assurance souscrits par la **Fédération Française de Judo** pour le compte des licenciés assurés auprès des assureurs **AXA France** (pour l'assurance « individuelle accident » et « responsabilité civile ») et **MUTUAIDE ASSISTANCE** (pour l'assistance).

Le courtier intermédiaire à la souscription et à la gestion du programme d'assurance est le cabinet **Marsh**, société de courtage d'assurances immatriculée au registre du commerce et des sociétés de Nanterre sous le numéro 572174415 et auprès de l'ORIAS sous le N° 07.001.037 en qualité de courtier d'assurance.



/ COMMENT NOUS CONTACTER ?

ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE ET INDIVIDUELLE ACCIDENT

Par email	Pour le suivi de votre dossier sinistre, ainsi que toute information sur votre contrat et vos garanties, vous pouvez nous contacter par email à : assurances.judo@marsh.com
Par téléphone	Pour toute question sur vos garanties, vous pouvez joindre votre équipe Marsh : 01 87 21 27 87 (du lundi au vendredi de 9h à 12h et de 14h à 18h)
Par courrier	MARSH S.A.S Département affinitaire TSA 59201 92088 Paris La Défense Cedex

/ MENTIONS LEGALES

Souscripteur	FEDERATION FRANÇAISE DE JUDO (FFJDA) Association déclarée, enregistrée au Registre du commerce et des sociétés sous le n° 784 573 792 et dont le siège social est situé au 21/25 avenue de la porte de Chatillon – 75014 PARIS
Assureurs	Assurance Responsabilité Civile AXA FRANCE IARD Société anonyme au capital de 214 799 030 €, enregistrée au Registre du commerce et des sociétés de Nanterre sous le n°722 057 460, et dont le siège social est situé au 313, Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre Cedex – Entreprise régie par le Code des assurances – TVA intracommunautaire n° FR 14 722 057 460.
Courtier gestionnaire	MARSH S.A.S Société par actions simplifiée au capital de 5 917 915 euros – Société de courtage d'assurances immatriculée sous le numéro 572 174 415 au RCS de Nanterre, dont le siège social est situé Tour Ariane, 5 place des Pyramides 92800 Puteaux – N°ORIAS 07.001.037 (www.orias.fr) et n° TVA intra-communautaire FR 05 572 174 415 – N° SIRET 572 174 415 00255

TABLEAUX DES GARANTIES

ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE		
GARANTIE	PLAFOND	FRANCHISE Par sinistre
TOUS DOMMAGES CORPORELS, MATERIELS ET IMMATERIELS CONFONDUS DONT :	Jusqu'à 15 000 000 € par sinistre et par année d'assurance	
• Dommages matériels et immatériels consécutifs	5 000 000 €	NEANT
• Dommages immatériels non consécutifs	3 000 000 € par sinistre et par année d'assurance	1 500 €
• Dommages matériels et immatériels consécutifs causés aux biens confiés	300.000 € par sinistre et par année d'assurance	750 €
• Responsabilité civile dépositaire	30 000 €	150€
• Faute inexcusable	4 000 000 €	NEANT
• Les risques environnementaux : Atteinte à l'environnement accidentelle tous dommages confondus dont : Le préjudice écologique (y compris les frais de prévention) et responsabilité environnementale	1 200 000 € par année d'assurance 200 000 € par année d'assurance	500 € 1 000 €
• Responsabilité Civile Médicale	10 000 000 € par année d'assurance dont 8 000 000 € par sinistre	1 500 €
• Défense	Inclus dans la garantie mise en jeu	Franchise selon la garantie mise en jeu
• Recours	50 000 € par litige	Seuil d'intervention 380 €

ASSURANCE INDIVIDUELLE ACCIDENT			
GARANTIES DE BASE 1/5			
CATEGORIE DE LICENCES	Licenciés, collaborateurs bénévoles, pratiquants occasionnels non licenciés et pratiquants non licenciés participant à l'opération « JUDO VACANCES », aux cours d'essais dispensés en péri et post scolaire et au dispositif de séances découverte « Deviens judoka » ou « Deviens jiu-jiteiro »	Dirigeants, cadres techniques, conseillers techniques fédéraux et chargés de missions fédérales, arbitres et commissaires sportifs et les enseignants	Sportifs de haut niveau et dirigeants du comité exécutif de la FFJDA
DECES ACCIDENTEL	Jusqu'à 16 ans révolus : capital de 15.000€ À partir de 17 ans : capital de 50.000€	Capital de 70.000€	Capital de 150.000€
	Un capital supplémentaire par enfant à charge : 10% du capital décès		
FRAIS D'OBSÈQUES	Indemnité limitée au remboursement, sur justificatifs, des frais d'obsèques et dans la limite de 1.500€		

GARANTIES DE BASE 2/5				
CATEGORIE DE LICENCES	Licenciés	Dirigeants, cadres techniques, Conseillers techniques fédéraux et chargés de missions fédérales, arbitres et commissaires sportifs et les enseignants	Sportifs de haut niveau et dirigeants du comité exécutif de la FFJDA	Collaborateurs bénévoles, pratiquants occasionnels non licenciés et pratiquants non licenciés participant à l'opération « JUDO VACANCES », aux cours d'essais dispensés en péri et post scolaire et au dispositif de séances découverte « Deviens judoka » ou « Deviens jiu-jiteiro »
INVALIDITE PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE À LA SUITE D'ACCIDENT	Franchise : < 6% Taux d'invalidité entre 6% et 59% : 70.000€ x taux d'IP Taux d'invalidité de 60% : capital forfaitaire de 70.000€	Franchise : < 6% Taux d'invalidité entre 6% et 59% : 100.000€ x taux d'IP Taux d'invalidité de 60% : capital forfaitaire de 100.000€	Franchise : < 6% Taux d'invalidité entre 6% et 59% : 300.000€ x taux d'IP Taux d'invalidité de 60% : capital forfaitaire de 300.000€	Franchise : < 6% Taux d'invalidité entre 6% et 59% : 70.000€ x taux d'IP Taux d'invalidité ≥ 60% : capital forfaitaire de 70.000€
ACCIDENT CORPOREL GRAVE	Taux d'invalidité ≥ 61% dans le seul cadre de la pratique sportive : 1.070.000€ x taux d'IP APRÈS EXPERTISE DU MEDECIN-CONSEIL DE L'ASSUREUR : - Remboursement des frais immédiats et aide aux proches par le biais du dispositif Albatros dans la limite d'un montant de 15.000 € et d'une période de 6 mois à compter de la date de l'accident. - Versement d'un capital immédiat de 70.000 € ou 100.000 € avant consolidation et après expertise du médecin-conseil de l'Assureur sur l'évaluation du taux d'invalidité de l'Assuré. - Services d'accompagnement à l'Assuré et ses proches proposés par le dispositif Albatros.			Néant

GARANTIES DE BASE 3/5		
CATEGORIE DE LICENCES	Dirigeants, Sportifs de haut niveau (y compris leur encadrement), dirigeants du comité exécutif et arbitres du niveau national	Enseignants (ne relevant pas de la CCN du Sport)
INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE OU PARTIELLE À LA SUITE D'ACCIDENT	Indemnités journalières : 70€ / jour Indemnité versée à compter du 16e jour (4e jour en cas d'hospitalisation) suivant la date de l'accident et pendant un maximum de 365 jours	Indemnités journalières : 45€ / jour Indemnité versée à compter du 16e jour (4e jour en cas d'hospitalisation) suivant la date de l'accident et pendant un maximum de 365 jours

GARANTIES DE BASE 4/5		
CATEGORIE DE LICENCES	Licenciés (y compris arbitres), dirigeants, sportifs de haut niveau, cadres techniques, conseillers techniques fédéraux et chargés de missions fédérales et enseignants bénévoles	Collaborateurs bénévoles, pratiquants occasionnels non licenciés et pratiquants non licenciés participant à l'opération « JUDO VACANCES », aux cours d'essais dispensés en péri et post scolaire et au dispositif de séances découverte « Deviens judoka » ou « Deviens jiujiteiro »
FRAIS MÉDICAUX EN FRANCE À LA SUITE D'ACCIDENT ⁽¹⁾	Le remboursement des dépenses de santé (restées à charge après intervention des organismes sociaux et assimilés sur chaque acte pris individuellement et non sur le devis global) :	Le remboursement des dépenses de santé (restées à charge après intervention des organismes sociaux et assimilés sur chaque acte pris individuellement et non sur le devis global) :
	Dans la limite de 3.000€ par accident : - frais de médecine, chirurgie, pharmacie, hospitalisation (y compris forfait journalier hospitalier), rééducation, prothèses, soins d'optique, soins dentaires, soins rendus nécessaires par l'accident jusqu'à la date de consolidation des blessures Garantie étendue : - au dépassement d'honoraires - à la majoration pour chambre particulière (hors suppléments de confort : télévision, téléphone, internet, etc) - aux frais liés à l'hébergement d'un parent accompagnant un mineur (nuitées et frais kilométriques) - aux frais de transport pour se rendre aux soins prescrits - aux frais de transport des victimes : domicile - lieu de travail / scolarité - aux frais d'ostéopathie	Dans la limite de 200% de la base de remboursement de la Sécurité sociale : - frais de médecine, chirurgie, pharmacie, hospitalisation (y compris forfait journalier hospitalier), rééducation, prothèses, soins d'optique, soins dentaires, soins rendus nécessaires par l'accident jusqu'à la date de consolidation des blessures

(1) Frais médicaux prescrits par un médecin, soumis ou non à remboursement de la Sécurité sociale, nécessités par un accident garanti (après déduction des prestations versées par la Sécurité sociale et/ou assurances complémentaires de frais de santé lorsque l'intéressé bénéficie des régimes de protection sociale correspondants). Les assurés ne bénéficiant pas d'un régime de Sécurité Sociale verront leurs remboursements limités au montant du ticket modérateur et/ou au montant du forfait journalier.

GARANTIES DE BASE 5/5	
CATEGORIE DE LICENCES	Licenciés et Sportifs de haut niveau
SOUTIEN SCOLAIRE OU UNIVERSITAIRE	Dans la limite de 1.600€ Franchise : 15 jours d'arrêt consécutifs
ASSISTANCE PSYCHOLOGIQUE	Remboursement du montant des consultations auprès d'un psychologue dans la limite de 2.500€ en cas de : - Décès - Invalidité permanente égale ou supérieure à 61%

GARANTIES COMPLEMENTAIRES OPTIONNELLES		
	FORMULE 1	FORMULE 2
CATEGORIE DE LICENCES	Licencié ou pratiquant occasionnel non licencié	
DECES ACCIDENTEL	Capital de 50.000€	Capital de 50.000€
INVALIDITE PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE À LA SUITE D'ACCIDENT	Franchise : < 6% Taux d'invalidité entre 6% et 100% : 75.000€ x taux d'IP	Franchise : < 6% Taux d'invalidité entre 6% et 100% : 75.000€ x taux d'IP
INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE OU PARTIELLE À LA SUITE D'ACCIDENT		Indemnités journalières : 30€ / jour L'indemnité, destinée à compenser une perte réelle de revenus ou un manque à gagner justifié, est versée à compter du 16e jour (4e jour en cas d'hospitalisation) suivant la date de l'accident et pendant un maximum de 365 jours ; - l'incapacité temporaire cesse dès que l'assuré est en mesure de reprendre, même partiellement, ses occupations ou dès la consolidation médicale de son état.

/ ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE

Contrat AXA

ARTICLE 1. LES PERSONNES ASSUREES

Les personnes morales suivantes :

- Le souscripteur, c'est-à-dire la FFJDA
- Les organismes territoriaux délégataires et internes
- La Fédération des groupements d'employeurs judo
- Les groupements d'employeurs judo
- Les associations affiliées à la FFJDA
- Le Collège National des Ceintures Noires
- L'Amicale des Dirigeants du Judo Français
- Le Comité Social et Economique de la FFJDA
- La CFJJB

Les garanties sont acquises aux personnes morales ci-dessus du fait de leurs préposés et membres non licenciés.

Les personnes physiques suivantes :

- Les pratiquants licenciés de la FFJDA et à la CFJJB,
- Les dirigeants élus licenciés Des associations affiliées (= Président, Secrétaire Général et Trésorier)

Les présidents des clubs « omnisports » affiliés à la FFJDA ayant une activité « judo et disciplines associées » et les responsables des sections « judo et disciplines associées » desdits clubs quand bien même ils n'auraient pas le titre de dirigeant statutaire,

Des organismes territoriaux délégataires de la FFJDA ligues et comités (= membres du comité directeur)

Des groupements d'employeurs judo, de la Fédération des Groupements d'Employeurs Judo

De la FFJDA (membres du comité directeur)

Les collaborateurs ou aides bénévoles ainsi que les salariés des personnes morales assurées ;

Les enseignants rémunérés ou bénévoles, ayant la qualité de préposés, dans le cadre de leurs activités au sein du club ou de la structure fédérale

Les arbitres et commissaires sportifs,

Les cadres techniques, conseillers techniques fédéraux et chargés de missions fédérales ;

Les pratiquants occasionnels non licenciés participant à une manifestation de nature non compétitive, initiation, découverte, essai, activités périscolaires, intervention en milieu carcéral, service civique, organisée par les assurés personnes morales.

Les athlètes et dirigeants étrangers participant à une compétition ou manifestation organisée par la FFJDA (Garantie responsabilité civile)

ARTICLE 2 DEFINITIONS

Tiers

Pour l'application du présent contrat, on entend également par « Tiers » :

Les préposés lorsqu'ils ne remplissent pas les conditions leur permettant de bénéficier de la législation sur les accidents du travail ;

Les bénévoles prêtant leur concours à l'organisation des activités définies ci-dessous pour autant qu'ils ne bénéficient pas de la législation sur les accidents du travail.

Les pratiquants personnes physiques assurés ci-dessus ont la qualité de tiers entre eux.

Et par dérogation à la définition de « Tiers » des Conditions Générales, les Assurés sont considérés comme tiers pour l'application du présent contrat, sauf pour les dommages immatériels non consécutifs

Epidémie :

Apparition ou propagation d'une maladie infectieuse contagieuse ou non avec un nombre anormalement élevé de cas regroupés dans un pays, une région, une ville, une collectivité ou une entreprise.

Epizootie :

Epidémie qui frappe les animaux.

Pandémie :

Epidémie étendue à la population d'un continent, voire au monde entier.

ARTICLE 3 ACTIVITES GARANTIES

Le présent contrat garantit l'exercice de ou des activité(s) suivante(s) :

Organisation, pratique et enseignement des disciplines dispensées et agréées par la Fédération Française de Judo, Jujitsu, Kendo et Disciplines associées visés à l'article 1 des Statuts de la FFJDA.

A l'occasion de :

- Compétitions sportives, qu'elles soient locales, régionales, nationales ou internationales.
- Entraînements,
- Formations, initiations, stages,
- Actions de promotion,
- Exercice d'autres activités sportives lorsqu'elles sont organisées par une personne morale assurée.

Dans tous les cas, le Souscripteur s'engage à déclarer toute nouvelle activité ou modification significative qui entraînerait par nature une aggravation du risque assuré par l'assureur

ARTICLE 4 DECLARATIONS

La présente déclaration est conforme aux renseignements fournis dans l'appel à concurrence transmis à l'assureur lors de l'affaire nouvelle.

DESCRIPTIF DU RISQUE

- Nombre d'associations ou clubs affiliés : 5 124 (au 31/08/2024)
- Nombre de licenciés : 545 227 (au 31/08/2024)
- Autre(s) donnée(s) : Dirigeants + de 10 000, Enseignants + de 3 000, Conseillers techniques fédéraux 138

SINISTRALITE ANTERIEURE

Le relevé de sinistralité antérieure à la date d'effet du présent contrat a été fourni par le Souscripteur dans le cadre de l'appel à concurrence.

ARTICLE 5 OBJET DE LA GARANTIE

Le présent contrat a pour objet de garantir la Responsabilité Civile encourue par l'assuré en raison des dommages causés aux tiers, à l'occasion des activités telles que définies à l'article 1.1 des Conditions Générales et comprenant notamment l'organisation d'activités physiques ou sportives.

Le contrat permet notamment à l'assuré de satisfaire à l'obligation d'assurance résultant des dispositions des articles L321-1 et suivants, L331-9 et suivants, et D321-1 et suivants du Code du Sport.

ARTICLE 6 LES GARANTIES RESPONSABILITE CIVILE

RESPONSABILITE CIVILE GENERALE

Cette assurance garantit l'Assuré contre les conséquences pécuniaires de la responsabilité civile qui peut lui incomber en raison des :

- Dommages corporels,
- Dommages matériels,
- Dommages immatériels, consécutifs ou non à des Dommages corporels ou matériels, subis par autrui, imputables aux Activités assurées, y compris du fait de leurs préposés, du fait des stagiaires et des collaborateurs bénévoles prêtant leur concours à l'Assuré, ainsi qu'en raison des dommages subis par les Biens confiés.

ARTICLE 7 EXTENSIONS

Responsabilité Civile des médecins et personnels médicaux salariés et /ou bénévoles

La garantie responsabilité civile du présent contrat est étendue à la responsabilité professionnelle des praticiens ci-dessus selon le tableau de garantie du contrat. Sont garanties les conséquences pécuniaires de la Responsabilité Civile encourue par les médecins généralistes, (sans pratique d'échographie prénatale, ni accouchement sauf urgence, ni anesthésie générale) soigneurs et tout personnel paramédical agissant en qualité de salarié, bénévole ou mandaté par l'assuré dans le cadre de la mission qu'ils ont reçue de la Fédération ou de ses organismes affiliés à raison des dommages corporels ou matériels causés aux pratiquants, membres ou non, par suite d'erreurs ou d'omissions ou de fautes professionnelles commises dans les diagnostics, prescriptions ou applications thérapeutiques.

Toutefois sont exclus les dommages :

- En cas d'acte médical prohibé par la Loi ainsi que de tout acte chirurgical ;

- En cas de suspension partielle ou totale, temporaire ou définitive, du service médical, décidée par la direction de l'entreprise ;
- Résultant de la réutilisation de dispositifs médicaux à usage unique ;
- Résultant de la prescription de médicaments stupéfiants ou psychotropes ou en infraction avec les dispositions prévues dans les articles R5190 à R5219-1 du code de la santé publique, ou en dehors de tout usage médical ;
- Les dommages résultant de recherches biomédicales visées par la loi n° 88-1138 du 20 décembre 1988 (« Loi Huriet ») et ceux résultant de l'utilisation ou de la dissémination d'organismes génétiquement modifiés visés par la loi n° 92-654 du 13 juillet 1992, ainsi que par les textes qui pourraient être substitués à ces lois et/ou ceux pris pour leur application,
- Résultant de recherches et d'applications dans le domaine de la technologie génétiques, y compris la chirurgie et les manipulations génétiques ;
- Résultant de l'élaboration, de la fourniture, de la manipulation, la distribution, l'administration ou une quelconque utilisation d'éléments provenant entièrement ou partiellement du corps humain, ou de produits issus de celui-ci lorsqu'ils sont destinés à un usage thérapeutique ou de diagnostic sur l'être humain, et alors que ces opérations sont effectuées pour le compte et/ou dans le cadre de tout service ou organisme chargé de l'élaboration ou de la fourniture de telles substances ;
- Causant des dommages immatériels aux établissements de santé ou de soins dans lesquels l'assuré exerce son activité ;
- Engageant l'assuré en tant que salarié d'un établissement de soins.
- Les frais engagés pour :
o rappeler les malades,
o remplacer, retirer tout ou partie du produit.
- Les conséquences d'actes pratiqués par le personnel non titulaire, à la connaissance de l'assuré, des diplômes et autorisations nécessaires.
- Les conséquences pécuniaires de la responsabilité civile ou administrative des médecins ou auxiliaires médicaux exerçant leur activité à titre libéral.
- Les dommages résultant de la prescription, administration de produits ou de spécialités pharmaceutiques n'ayant pas obtenu le visa légal exigé, ou de la fabrication de tels produits ou spécialités nécessitant une homologation légale.
- Toutes activités de banque d'organes, de conservation, de préparation, de tests de tissus, cellules, moelles et plus généralement de tous produits dérivés du corps humain, étant précisé que cette exclusion ne vise pas toutes les opérations devant être effectuées lors d'un prélèvement ou de la transplantation d'un organe à la suite d'un don ou d'une greffe.

Assurance du personnel et matériels des Services Publics

La garantie est étendue à la responsabilité pouvant incomber à l'Etat, aux Départements et aux Communes en raison des dommages corporels, matériels et immatériels consécutifs causés aux tiers par les fonctionnaires, agents ou militaires mis à la disposition de l'organisateur et par le matériel (y compris les véhicules terrestres à moteur) de l'administration utilisés par ceux-ci.

Indépendamment de toute responsabilité, au bénéfice de l'Etat, des Départements ou des Communes, la garantie est étendue :

- au remboursement des sommes statutairement dues par eux, aux fonctionnaires, agents ou militaires mis à la disposition de

l'organisateur ou à leurs ayants droit, en raison de dommages corporels subis par eux,

- à la réparation des dommages causés par un accident aux matériels utilisés par le personnel précité (notamment les véhicules, effets, équipements, instruments de musique).

Ces garanties s'exercent pendant le temps où les personnels et matériels des collectivités **publiques** concernées sont mis à la disposition de l'organisateur ainsi que pendant le trajet aller et retour du lieu du domicile ou du stationnement au lieu de la manifestation.

Responsabilité civile dépositaire (RC vestiaire) :

Par dérogation à l'exclusion 2.2.30 des conditions générales, la garantie est étendue aux conséquences pécuniaires de la responsabilité civile de l'assuré en raison de vols ou détériorations causés aux vêtements et/ou objets personnels des tiers lorsqu'ils sont déposés dans les vestiaires mis à leur disposition par l'assuré, **à l'exclusion des vols et disparitions des espèces, billets de banque, cartes de crédit, chéquiers, bijoux, ou autres objets précieux.**

La garantie n'est acquise à l'assuré que si le vestiaire est constamment surveillé par un de ses préposés ou une personne autorisée et si le dépôt donne lieu à la remise d'un jeton ou d'une contremarque.

Sont considérés comme formant un seul et même sinistre l'ensemble des dommages causés aux vêtements et objets personnels des tiers par des vols ou détériorations survenus au cours d'une période de 24 h consécutives.

Dommages causés par les véhicules utilisés pour les besoins du service

Lorsque la responsabilité civile de l'assuré est recherchée en qualité de commettant :

Ce qui est garanti

Les dommages causés par les véhicules terrestres à moteur relevant de l'obligation d'assurance de l'article L 211-1 du Code des assurances, utilisés par les préposés de l'assuré ou par toute personne lui prêtant bénévolement son concours, pour les besoins du service (y compris sur le trajet de leur domicile au lieu de travail ou vice versa).

La présente garantie s'exerce en complément ou à défaut des garanties minimales accordées afin de satisfaire à l'obligation d'assurance automobile, par tout contrat souscrit pour l'emploi du dit véhicule.

Attention

La responsabilité civile personnelle des préposés de l'assuré n'est pas garantie.

Outre les exclusions communes à toutes les garanties, nous ne garantissons pas au titre de la présente garantie :

- les dommages subis par le véhicule impliqué dans l'accident ;
- les dommages causés par les véhicules terrestres à moteur relevant de l'obligation d'assurance, dont le groupement sportif souscripteur a la propriété ou la garde.

ARTICLE 8 EXCLUSIONS

SANS PREJUDICE DES EXCLUSIONS PREVUES PAR AILLEURS, DEMEURENT EXCLUS DE LA GARANTIE :

- **LES DOMMAGES CAUSES PAR LES FEUX D'ARTIFICE.**
- **LES DOMMAGES SURVENUS LORSQUE LES STRUCTURES D'ACCUEIL NE SONT PAS CONFORMES AUX OBLIGATIONS DE SECURITE PREVUES AUX**

ARTICLES R143-3 A R143-14 DU CODE DE LA CONSTRUCTION ET DE L'HABITATION ;

- **LES DOMMAGES CAUSES PAR LES TRIBUNES ET LES GRADINS LORSQU'ILS NE SONT PAS CONFORMES A LA LEGISLATION OU REGLEMENTATION EN VIGUEUR ET/OU REGULIEREMENT VERIFIES PAR UN ORGANISME CERTIFIE.**
- **LES DOMMAGES CAUSES PAR LES TRIBUNES ET LES GRADINS EN L'ABSENCE DE RAPPORT FAVORABLE D'UN BUREAU DE CONTROLE TECHNIQUE, ET CE, AVANT LA DATE FIXEE POUR LA MANIFESTATION.**
- **LES DOMMAGES SURVENUS LORSQUE L'ASSURE NE DISPOSE PAS PREALABLEMENT AU DEROULEMENT DE LA MANIFESTATION DES AUTORISATIONS NECESSAIRES DES AUTORITES COMPETENTES ;**
- **LES DOMMAGES RESULTANT DU NON-RESPECT DES REGLES TECHNIQUES ET SPORTIVES DE LA DISCIPLINE FIXEES PAR LES FEDERATIONS SPORTIVES TITULAIRES D'UNE DELEGATION OBTENUE PAR LE MINISTERE DES SPORTS ;**
- **LES DOMMAGES SUBIS PAR LES TRIBUNES, GRADINS, CHAPITEAUX, TENTES OU STRUCTURES PROVISOIRES ;**
- **LES DOMMAGES IMPUTABLES A DES MANIFESTATIONS TAUROMACHQUES ;**
- **LES DOMMAGES IMPUTABLES A DES JEUX DE DEFIS SPORTIFS, DES COMBATS D'ANIMAUX ET DES EPREUVES D'ESCALADE ;**
- **TOUT RETARD OU TOUTE INTERRUPTION OU ANNULATION DE LA MANIFESTATION ;**
- **LES VOYAGES OU SEJOURS ENTRANT DANS LE CADRE DE L'ARTICLE L 211-1 DU CODE DU TOURISME CONCERNANT L'ORGANISATION OU LA VENTE DE VOYAGES OU DE SEJOURS ;**
- **LES MANIFESTATIONS N'AYANT PAS OBTENU LES AUTORISATIONS DES AUTORITES COMPETENTES ;**
- **LES FRAIS DE NETTOYAGE ET DE REMISE EN ETAT DES LOCAUX OCCUPES PAR L'ASSURE ;**
- **LES DOMMAGES SUBIS PAR LES PELOUSES, JARDINS, PLANTATIONS, ORNEMENTS FLORAUX, VEGETATIONS.**
- **LES DOMMAGES, FRAIS ET PERTES CONSECUTIFS A UNE EPIDEMIE, A UNE PANDEMIE OU A UNE EPIZOOTIE, AINSI QUE LES RECLAMATIONS, DOMMAGES ET FRAIS ET PERTES CONSECUTIFS AUX MESURES ADMINISTRATIVES, AUX MESURES SANITAIRES, A LA FERMETURE TOTALE OU PARTIELLE OU AU RETRAIT D'AUTORISATION ADMINISTRATIVE, A L'IMPOSSIBILITE, A LA RESTRICTION OU A LA DIFFICULTE D'ACCES QUI EN RESULTENT.**

ARTICLE 9 DEFENSE RECOURS

Cette garantie a pour objet la défense ou la représentation de l'Assuré dans toute procédure judiciaire civile, commerciale ou administrative d'un des pays dans lesquels la garantie s'applique, lorsque l'action s'exerce en même temps dans l'intérêt de l'Assureur, c'est-à-dire, lorsque des dommages sont garantis au titre du présent Contrat et sont supérieurs à la Franchise indiquée au Tableau des garanties.

L'Assureur s'engage à assumer la défense de l'Assuré et à régler l'ensemble des frais de justice et honoraires y afférents, dans les limites prévues au Tableau des garanties.

ARTICLE 10 DISPOSITIONS COMMUNES

Où s'exercent vos garanties ?

Les garanties du présent Contrat s'exercent dans le monde entier.

Restent toutefois en dehors de la garantie les dommages résultants :

- des activités exercées par des établissements ou des installations permanentes, situés en dehors de la France, d'Andorre et Monaco ;

- des exportations directement réalisées à destination des États-Unis d'Amérique et du Canada.

- des prestations ou travaux effectués par l'assuré ou pour son compte sur les territoires des États-Unis d'Amérique et du Canada, y compris l'organisation de compétitions, épreuves sportives, entraînements, stages, salons, de foires ou d'expositions. Demeurent garantis les dommages causés à l'occasion de la participation de l'Assuré à des compétitions, épreuves sportives, entraînements, stages, missions commerciales ou d'études, foires, expositions, salons, congrès, séminaires, ou colloques dans le cadre de séjours n'excédant pas 3 mois consécutifs.

La présente assurance ne peut en aucune manière se substituer à celle qui, à l'étranger, serait à souscrire conformément à la législation locale auprès d'assureurs agréés dans la nation considérée.

Application de la garantie dans le temps

La garantie est déclenchée par la Réclamation conformément aux dispositions de l'article L. 124-5 du Code des assurances.

La garantie s'applique, dès lors que le fait dommageable est antérieur à la date de résiliation ou d'expiration de la garantie, et que la première Réclamation est adressée à l'Assuré ou à l'Assureur entre la prise d'effet initiale de la garantie et l'expiration d'un délai subséquent de 5 ans, ou 10 ans en Responsabilité Civile Médicale, à sa date de résiliation ou d'expiration, quelle que soit la date des autres éléments constitutifs des Sinistres.

Toutefois, l'Assureur ne couvre les Sinistres dont le fait dommageable a été connu de l'Assuré postérieurement à la date de résiliation ou d'expiration que si, au moment où l'Assuré a eu connaissance de ce fait dommageable, cette garantie n'a pas été resouscrite ou l'a été sur la base du déclenchement par le fait dommageable.

Le Contrat ne garantit pas les Sinistres dont le fait dommageable était connu de l'Assuré à la date de souscription de la garantie concernée.

Constitue un Sinistre tout dommage ou ensemble de dommages causés à des Tiers, engageant la responsabilité de l'Assuré, résultant d'un fait dommageable et ayant donné lieu à une ou plusieurs Réclamations. Le fait dommageable est celui qui constitue la cause génératrice du dommage. Un

ensemble de faits dommageables ayant la même cause technique est assimilé à un fait dommageable unique.

Le Sinistre est imputé à l'année d'assurance au cours de laquelle l'Assureur a reçu la première Réclamation. Constitue une Réclamation toute demande en réparation amiable ou contentieuse formée par la victime d'un dommage ou ses ayants droit, et adressée à l'Assuré ou à son Assureur.

Lorsqu'un même Sinistre est susceptible de mettre en jeu les garanties apportées par plusieurs contrats successifs, la garantie déclenchée par le fait dommageable ayant pris effet postérieurement au 3 novembre 2003 est appelée en priorité, sans qu'il soit fait application des quatrièmes et cinquièmes alinéas de l'article L. 121-4 du Code des assurances.

ARTICLE 11 MONTANT DES GARANTIES ET DES FRANCHISES

L'indemnisation est effectuée en considérant l'étendue, le montant des garanties et des Franchises prévues au Tableau des garanties et applicables au jour de la Réclamation. Les montants comprennent les frais de défense, les intérêts et les dépens.

Lorsqu'un montant de garantie est fixé par Sinistre, la somme indiquée forme la limite des engagements de l'Assureur à l'égard de l'ensemble des Réclamations se rattachant à un même fait dommageable.

Lorsque le montant de la garantie est fixé pour une année d'assurance, la somme indiquée forme la limite des engagements de l'Assureur pour tous les Sinistres survenus au cours d'une même année d'assurance.

Le Sinistre est imputé à l'année d'assurance au cours de laquelle l'Assureur a reçu la première Réclamation.

Les montants de garantie accordés par Sinistre et pour une année d'assurance se réduisent et finalement s'épuisent par tout règlement d'indemnité ou de frais sans que ladite garantie puisse se reconstituer jusqu'à la fin de l'année d'assurance pour d'autres Sinistres. La Franchise est applicable par Sinistre et quel que soit le nombre de lésés, sauf disposition contraire.

Lorsqu'un même Sinistre met en jeu simultanément différentes garanties, l'engagement maximum de l'Assureur n'excède pas, pour l'ensemble des dommages, le plus élevé des montants « Tous dommages confondus » de ces garanties, les sous limites restent applicables.

Pour l'indemnisation des Réclamations présentées pendant le délai subséquent de 5 ans, les montants des garanties sont accordés une seule fois pour la période de 5 ans :

- à concurrence du plafond annuel pour ceux exprimés par année d'assurance,
- à concurrence du plafond par Sinistre pour ceux exprimés par Sinistre.

Ces montants s'épuisent au fur et à mesure par tout règlement d'indemnité ou de frais sans qu'ils puissent se reconstituer au titre de ladite période de 5 ans.

ASSURANCE INDIVIDUELLE ACCIDENT

Contrat AXA n° 22351748104

Cette notice d'information est établie conformément à l'article L141-4 du Code des assurances. Elle décrit les garanties, les exclusions et les obligations de l'Assuré au titre du contrat d'assurance de groupe « Individuelle Accidents » n°22351748104 souscrit par la Fédération Française de Judo, Jujitsu, Kendo et Disciplines associées (FFJDA) – 21 et 25 avenue de la Porte de Châtillon – 75014 PARIS pour le compte des Assurés désignés ci-dessous auprès d'AXA FRANCE IARD, société anonyme, au capital de 214.799.030 euros, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Nanterre sous le numéro 722 057 460, entreprise régie par le Code des assurances dont le siège social est situé 313, Terrasses de l'Arche - 92727 NANTERRE CEDEX.

Ce contrat est régi par le droit français et notamment le Code des assurances.

En cas d'adhésion par l'Assuré au contrat d'assurance de groupe « Individuelle Accidents » ci-dessus référencé, cette notice vaudra Conditions Générales lesquelles fixeront avec les Conditions Particulières* l'étendue des garanties ainsi que les droits et les obligations de l'Assuré et de l'Assureur.

**Les Conditions Particulières d'assurance mentionnées ci-dessus sont constituées par le Formulaire de Licence lorsque l'Assuré a choisi d'adhérer au contrat d'assurance de groupe « Individuelle Accidents » ci-dessus référencé et par le Bulletin Individuel d'Adhésion Facultative aux garanties complémentaires lorsque l'Assuré a souscrit une option.*

Le courtier d'assurance intermédiaire à la souscription et à la gestion du contrat d'assurance de groupe « Individuelle Accidents » ci-dessus référencé est le Cabinet MARSH, société de courtage d'assurances immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés sous le numéro 572 174 415 et auprès de l'ORIAS sous le numéro 07 001 037 en qualité de courtier d'assurance sous le contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, ACPR, 4, Place de Budapest – CS 92459, 75436 Paris Cedex 09.

Droit applicable

Ce contrat est régi par le droit français et notamment le Code des assurances.

Pour les risques définis à l'article L.191-2 du Code des assurances et relevant des dispositions particulières aux départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle :

- Sont applicables les articles impératifs L.191-5, L.191-6 du Code des assurances,
- N'est pas applicable l'article L.191-7 du Code des assurances auquel il est dérogé expressément.

Juridiction compétente

Tout litige né de l'exécution ou de l'interprétation du présent contrat sera de la compétence des juridictions françaises.

Commission de contrôle

L'autorité chargée du contrôle de l'Assureur désigné dans la notice d'information est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution – ACPR – situé 4 place de Budapest CS 92459 – 75436 Paris cedex 09.

1. Définitions

Accident

Toute atteinte corporelle non intentionnelle dont est victime l'Assuré et provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure.

L'accident corporel se distingue de la maladie qui n'entre pas dans le champ d'application du contrat, sauf si elle trouve son origine dans un accident corporel.

Sont assimilées à des accidents corporels les lésions occasionnées à la suite :

- d'accidents résultant de traitements médicaux, d'opérations chirurgicales ou de lésions causées par les rayons X, le radium et les autres corps radioactifs lorsqu'ils sont la conséquence d'un traitement ou de soins nécessités par un accident garanti ;
- de noyade, d'asphyxie, d'hydrocution, d'électrocution, de la chute de la foudre, de morsures ou de piqûres d'animaux ;
- d'absorption de substances vénéneuses ou corrosives ou d'aliments avariés absorbés par erreur ou due à l'action intentionnelle d'un tiers ;
- de jets de flamme, de vapeurs ou d'acides ;
- d'actes d'agression contre la personne assurée (attentat, hold-up prise d'otage ou rapt) ;
- d'entorses et leurs conséquences ;
- d'une chute.

Accident corporel grave

Taux d'invalidité égal ou supérieur à 61% dans le seul cadre de la pratique sportive du Judo, Jujitsu, Taïso, Kendo, Naginata, Jodo, Iado, Kyudo, Chanbara et Sumo, et consécutif à un accident survenu pendant la période de validité du contrat.

Activités garanties

À titre limitatif, sont garanties les activités énumérées ci-après :

- La pratique du judo, jujitsu, kendo et disciplines associées comprenant l'organisation et/ou la participation :
 - à des compétitions ;
 - aux séances d'entraînement.
- L'enseignement du judo, jujitsu, kendo et disciplines associées ;
- Les manifestations de promotion ou épreuves sportives organisées par les personnes morales assurées : démonstrations, exhibitions, défilés, soirées de représentation, Téléthon, actions à but humanitaire, etc. ;
- Les animations de découverte et d'initiation au judo et disciplines associées ainsi que l'enseignement à l'occasion des opérations de type « JUDO VACANCES » et au dispositif de séances découverte « Deviens judoka » ou « Deviens jiu-jiteiro » ;
- La remise des coupes et prix afférents aux compétitions ;

- La participation à des stages d'initiation, ou de perfectionnement, y compris pour des sports autres que le judo, jujitsu, kendo et disciplines associées ;
- Les déplacements rattachés aux activités ci-dessus ;
- L'organisation et la participation aux assemblées générales, comités directeurs, réunions ;
- Les activités administratives et logistiques ;
- Les réunions et manifestations extra-sportives organisées par les personnes morales assurées : manifestations de loisirs, culturelles, sorties, voyages, soirées dansantes, vide-greniers, rencontres interclubs.

Année d'assurance

La période comprise entre deux échéances annuelles de cotisation ; toutefois :

- Au cas où la prise d'effet de la garantie est distincte de l'échéance annuelle, l'année d'assurance est la période comprise entre cette date de prise d'effet et la prochaine échéance annuelle ;
- Au cas où la garantie prend fin entre deux échéances annuelles, la dernière année d'assurance est la période comprise entre la dernière date d'échéance annuelle et la date d'expiration du contrat.

Arrêt de travail

Certificat médical délivré par un médecin à l'Assuré, suite à la constatation que l'état de santé de l'Assuré n'est pas compatible avec la pratique de son activité sportive suite à accident.

Assuré(s)

- Le(s) Titulaires d'une licence de la Fédération Française de Judo, Jujitsu, Kendo et Disciplines associées ou de la Confédération Française de Jiu-Jitsu brésilien, y compris les arbitres, en cours de validité avec une option individuelle accidents souscrite sur le Formulaire de Licence pour les garanties de base et au Bulletin Individuel d'Adhésion Facultative pour les garanties complémentaires ;
- Les dirigeants ;
- les Sportifs de Haut Niveau de la Fédération Française de Judo, Jujitsu, Kendo et Disciplines associées ;
- Les cadres techniques, conseillers techniques fédéraux et chargés de missions fédérales ;
- Les arbitres et commissaires sportifs ;
- Les enseignants bénévoles ;
- Les collaborateurs bénévoles ;
- Les pratiquants occasionnels non licenciés découvrant les activités fédérales à l'occasion des portes ouvertes ;
- Les pratiquants non licenciés participant à l'opération « JUDO VACANCES », aux cours d'essais dispensés en péri et post scolaire et au dispositif de séances découverte « Deviens judoka » ou « Deviens jiu-jiteiro ».

Assureur

AXA FRANCE IARD, société anonyme de droit français, au capital de 214.799.030 euros immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Nanterre sous le numéro 722 057 460 et dont le siège social est situé 313, Terrasses de l'Arche - 92727 NANTERRE CEDEX

Autorité médicale

Toute personne titulaire d'un diplôme de médecine ou de chirurgie en état de validité dans le pays où se trouve l'Assuré.

Barème d'invalidité

Les Invalidités Permanentes seront réglées en évaluant les taux d'infirmités par référence au barème d'invalidité déterminé par l'Assureur.

Bénéficiaire

En cas de décès de l'Assuré, la personne qu'il a désignée et dont l'identité a été communiquée à l'Assureur.

En l'absence de désignation de bénéficiaire et par ordre prioritaire :

- À ses parents (en premier lieu pour l'assuré mineur) ;
- À défaut, à son conjoint non divorcé ou non séparé de corps judiciairement ;
- À défaut, à son partenaire avec lequel il est lié par un Pacte civil de solidarité ;
- À défaut, à son concubin notoire ;
- À défaut, par parts égales, à ses enfants nés ou à naître et à ceux de son conjoint s'il en avait la charge ;
- À défaut, par parts égales, à son père ou à sa mère ou au survivant d'entre eux ;
- À défaut, aux ayants droit selon la dévolution successorale.

L'Assuré, pour les autres prestations.

Consolidation

Moment à partir duquel l'état du blessé ou du malade est considéré comme permanent et présumé définitif, tel qu'un traitement n'est plus nécessaire et qu'il devient possible d'apprécier un certain degré d'incapacité fonctionnelle permanente réalisant un préjudice

Déchéance

Perte de son droit à garantie en cas de non-respect par l'Assuré de ses obligations après survenance d'un sinistre.

Enfant à charge

Les enfants de l'Assuré, reconnus, recueillis ou adoptifs, 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 secondaires ou supérieures ou une formation en alternance et à charge fiscalement seront considérés comme à la charge de leurs parents.

Etat préexistant

Etat de santé qui est déjà connue au moment de la souscription du contrat ou de l'entrée en vigueur du contrat.

Frais médicaux à la suite d'accident

Frais médicaux engagés en France sur **prescription médicale** suivants :

- Les frais de médecine générale ou spéciale, les frais d'interventions chirurgicales et de salles d'opérations, les frais d'hospitalisation, les frais de rééducation fonctionnelle ou professionnelle, les frais de soins et de prothèses dentaires, de lunettes, ainsi que les frais d'appareillage, **autres que les**

frais d'entretien et de remplacement d'appareils de prothèses et d'orthopédie ;

- Les frais pharmaceutiques, engagés sur prescriptions médicales, sous réserve que les médicaments prescrits répondent aux conditions fixées par la législation et la réglementation de la Sécurité sociale pour leur prise en charge au titre d'un régime obligatoire de protection sociale ;
- Les frais de séjour dans les établissements de soins publics ou privés, **autres que les frais de séjours et de cure dans des stations thermales et climatiques ou en maison de repos ou convalescence** ;
- Les frais d'analyse et d'examens de laboratoires ;
- Les frais de transport de l'Assuré accidenté jusqu'au lieu où il pourrait recevoir les premiers soins d'urgence que nécessite son état, en l'absence de prestations reçues par l'Assuré au titre d'un régime de frais de santé collectif ou de protection sociale ; à défaut le remboursement se limite à la différence entre les dépenses réellement engagées et dûment justifiées, et ces prestations.

Franchise

Somme ou période qui reste à la charge de l'Assuré ou du Souscripteur. Elle peut s'exprimer en euros, en pourcentage ou en jours.

Incapacité temporaire totale de travail à la suite d'accident

État de santé médicalement constaté, obligeant l'assuré à arrêter totalement et temporairement, l'exercice de ses activités professionnelles suite à un accident survenu pendant la période de validité du contrat.

Invalidité permanente totale ou partielle à la suite d'accident

Atteinte présumée définitive des capacités physiques ou mentales de l'Assuré, suite à un accident survenu pendant la période de validité du contrat.

Maladie

Toute altération de la santé de l'Assuré constatée par une Autorité médicale compétente.

Sinistre

Survenance d'un accident atteignant un Assuré et donnant lieu au versement d'un capital et/ou d'indemnités.

Sinistre collectif

Ensemble des réclamations formulées à l'Assureur par des bénéficiaires différents, à partir du moment où ces réclamations sont consécutives à un seul et même fait générateur.

Lorsqu'un même fait générateur affecte plusieurs Assurés et que le total des indemnités dues dépasse la limite de garantie pour sinistre collectif, l'Assureur effectue entre les bénéficiaires une répartition proportionnelle, sans qu'aucune préférence ne soit accordée, ni à l'ordre de présentation des réclamations, ni à l'une des catégories d'indemnités assurées.

Toutefois, pour cette répartition, il n'est tenu compte que des seules réclamations présentées à l'Assureur dans le délai de deux ans après la date de l'accident. En cas de contestation, il est procédé, par les soins du Président du Tribunal de Grande Instance compétent, à la désignation d'un amiable

compositeur chargé de veiller ou de procéder lui-même, le cas échéant, à cette répartition proportionnelle.

Souscripteur

La Fédération Française De Judo, Jujitsu, Kendo Et Disciplines Associées (FFJDA) qui signe le contrat et s'engage à acquitter les cotisations.

2. Objet du contrat

Le présent contrat a pour objet de garantir, au(x) bénéficiaire(s), le paiement d'indemnités et/ou d'un capital, en cas de réalisation des risques suivants, atteignant l'Assuré pendant la durée du contrat et dans les limites et conditions de ce dernier dans le cadre des activités garanties.

Les garanties souscrites sont inscrites sur le Formulaire de Licence pour les garanties de base et sur le Bulletin Individuel d'Adhésion Facultative pour les garanties complémentaires.

3. Garanties et montant des garanties

Les garanties de base et complémentaires (options) et les montants des garanties applicables sont ceux indiqués dans les tableaux ci-après.

Les garanties de base sont acquises à l'Assuré lorsqu'elles sont souscrites avec le Formulaire de Licence et les garanties complémentaires sont acquises à l'Assuré lorsqu'elles sont souscrites au Bulletin Individuel d'Adhésion Facultative.

L'adhésion aux garanties complémentaires est réservée aux Assurés bénéficiant des garanties de base.

3.1. Tableaux des garanties de base et des garanties complémentaires optionnelles (options au choix)

3.1.1 Tableau des garanties de base

Les garanties de base et le montant des garanties de base applicables sont ceux indiqués page 3.

3.1.2. Tableau des garanties complémentaires optionnelles (options aux choix) page 06.

4. Évènements garantis

L'Assureur s'engage à verser les indemnités indiquées au tableau de garanties à l'article 3 de la présente Notice d'information valant Conditions Générales en cas d'accident garanti dont l'Assuré serait victime, dans le cadre des activités garanties.

4.1. Décès accidentel

Lorsqu'un Assuré est victime d'un accident et décède de ses suites dans les 12 mois de sa survenance, l'Assureur verse au(x) bénéficiaire(s) la somme indiquée au tableau de garanties à l'article 3 de la présente Notice d'information valant Conditions Générales.

Pour les mineurs de moins de 12 ans, les majeurs en tutelle et les personnes placées dans un établissement psychiatrique d'hospitalisation, l'indemnité versée sera limitée au

remboursement, sur justificatifs, des frais d'obsèques à concurrence du capital indiqué au tableau de garanties à l'article 3 de la présente Notice d'information valant Conditions Générales, conformément aux dispositions de l'article L.132-3 du Code des assurances.

Dispositions particulières en cas de disparition de l'Assuré :

Si le corps de l'Assuré n'a pas été retrouvé à la suite d'un accident d'avion, d'un naufrage, de la destruction d'un moyen de transport public ou la disparition du moyen de transport public utilisé, et si aucune nouvelle n'a été reçue de l'Assuré, des autres passagers ou des membres d'équipage dans les douze mois qui suivent, alors il sera présumé que l'Assuré aura péri des suites de cet événement. Le capital pourra être versé avant l'expiration du délai de douze mois sur présentation d'un jugement déclaratif de décès.

4.2. Invalidité permanente totale ou partielle à la suite d'accident

Lorsqu'un Assuré est victime d'un accident au cours des activités garanties et qu'il est établi que le taux d'invalidité de l'Assuré est compris entre 6% et 59%, l'Assureur verse à l'Assuré la somme obtenue en multipliant le capital indiqué ci-dessus par le taux d'invalidité du barème d'invalidité déterminé par l'Assureur tel qu'indiqué au tableau de garanties à l'article 3 de la présente Notice d'information valant Conditions Générales.

Lorsqu'un Assuré est victime d'un accident au cours des activités garanties et qu'il est établi que le taux d'invalidité de l'Assuré est égal ou supérieur à 60%, l'Assureur verse à l'Assuré un montant de capital forfaitaire tel qu'indiqué au tableau de garanties à l'article 3 de la présente Notice d'information valant Conditions Générales.

Le degré d'invalidité est fixé dès qu'il y a consolidation de l'état de l'Assuré et au plus tard à l'expiration d'un délai de 3 ans à partir de la date de l'accident.

Pour les cas d'invalidité non prévus au barème, les taux sont fixés par comparaison de leur gravité avec des cas énumérés dans le barème.

Les taux d'invalidité sont fixés en dehors de toute considération professionnelle ou scolaire ou en dehors de tout état préexistant.

La perte anatomique de membres ou d'organes déjà perdus fonctionnellement avant l'accident ne peut donner lieu à indemnisation.

Les lésions aux membres ou organes déjà invalides avant l'accident ne sont indemnisées que par différence entre l'état avant et après l'accident.

L'évaluation des lésions à un membre ou organe ne peut être influencée par l'état d'invalidité préexistant d'un autre membre ou organe.

Si plusieurs membres ou organes sont atteints par le même accident, les taux d'invalidité se cumuleront sans pouvoir dépasser 100%.

En cas de décès accidentel avant consolidation de l'invalidité, seul le capital prévu en cas de décès sera versé déduction faite éventuellement des sommes qui auraient pu être avancées au titre de l'invalidité. Il n'y a pas cumul des garanties décès et invalidité lorsqu'elles résultent d'un même événement.

4.3. Accident corporel grave

Lorsqu'un Assuré est victime d'un Accident corporel grave dans le cadre de la pratique sportive du Judo, Jujitsu, Taïso, Kendo, Naginata, Jodo, Iado, Kyudo, Chanbara et Sumo, et qu'après consolidation, le taux d'invalidité est égal ou supérieur à 61%, l'Assureur verse à l'Assuré la somme obtenue en multipliant le capital indiqué ci-dessus par le taux d'invalidité du barème d'invalidité déterminé par l'Assureur, et tel qu'indiqué au tableau de garanties à l'article 3 de la présente Notice d'information valant Conditions Générales.

Avant consolidation et après expertise du médecin-conseil de l'Assureur sur l'évaluation du taux d'invalidité de l'Assuré, l'Assureur verse à l'Assuré un montant de capital anticipé tel qu'indiqué au tableau de garanties à l'article 3 de la présente Notice d'information valant Conditions Générales.

L'Assureur rembourse à l'Assuré les frais immédiats liés à l'Accident corporel grave et propose des services d'aide aux proches par le biais du dispositif Albatros, dont le montant et la période sont précisément limités au tableau de garanties à l'article 3 de la présente Notice d'information valant Conditions Générales.

L'Assureur met à disposition de l'Assuré des services d'accompagnement proposés par le dispositif Albatros.

4.4. Frais médicaux à la suite d'accident

L'Assureur s'engage à rembourser à l'Assuré, jusqu'à concurrence des montants indiqués au tableau de garanties à l'article 3 de la présente Notice d'information valant Conditions Générales, des frais médicaux prescrits par un médecin, soumis ou non à remboursement de la Sécurité sociale, nécessités par un accident garanti (après déduction des prestations versées par la Sécurité sociale et/ou assurances complémentaires de frais santé lorsque l'intéressé bénéficie des régimes de protection sociale correspondants) pour ses frais médicaux, pharmaceutiques, d'hospitalisation (y compris forfait journalier).

Les Assurés ne bénéficiant pas d'un régime de Sécurité Sociale verront leurs remboursements limités au montant du ticket modérateur et/ou au montant du forfait journalier.

4.5. Incapacité temporaire totale de travail à la suite d'accident

Si à la suite d'un accident garanti, l'Assuré est atteint d'une incapacité temporaire totale de travail entraînant une interruption d'activité professionnelle, l'Assureur lui versera l'indemnité journalière dont le montant est indiqué au tableau de garanties à l'article 3 de la présente Notice d'information valant Conditions Générales, par jour d'arrêt de travail prescrit médicalement.

L'indemnité journalière sera versée mensuellement à terme échu à l'issue d'une période non indemnisée appelée

franchise. Le versement de l'indemnité cessera au jour de la guérison ou de la consolidation et au maximum, jusqu'au 365e jour suivant l'arrêt.

La franchise dont le nombre de jours est indiqué au tableau de garanties à l'article 3 de la présente Notice d'information valant Conditions Générales est décomptée à partir du premier jour d'arrêt d'activité.

Toute possibilité de reprise partielle de l'activité professionnelle de l'assuré entraîne une réduction des prestations de 50 %.

Toute reprise totale d'activité professionnelle entraîne l'arrêt de la prestation.

En cas de rechute dans les 90 jours suivant la reprise d'activité, le versement de l'indemnité journalière sera repris sans franchise et sans que le nombre total de journées d'incapacité indemnisées soit supérieur au maximum prévu.

Pour un même accident, tout nouvel arrêt au-delà des 90 jours suivant la reprise d'activité, entraînera une nouvelle application de la franchise.

5. Engagement maximum de l'Assureur

L'engagement maximum de l'Assureur ne pourra être supérieur à 10.000.000 € pour un même événement, quel que soit le nombre d'assurés victimes de cet accident.

Eventuellement, les capitaux garantis par Assuré devront subir une réduction de coefficient identique pour tous les assurés impliqués dans un même accident et/ou événement, de telle sorte que le cumul des capitaux assurés n'excède pas le maximum indiqué ci-dessus. C'est ce capital réduit qui servira de base au règlement de l'indemnité relative à chaque Assuré.

L'engagement maximum de l'Assureur est fixé à 10.000.000 € par sinistre et par année d'assurance.

6. Non cumul de la garantie responsabilité civile et individuelle accidents

Lorsqu'un sinistre met en jeu à la fois la garantie du contrat RESPONSABILITE CIVILE et la garantie du contrat INDIVIDUELLE ACCIDENTS au profit d'une même victime, celle-ci percevra exclusivement, sans cumul possible, la plus élevée des indemnités résultant de l'une ou l'autre des garanties, les premiers règlements effectués au titre de l'une d'elles ayant un caractère d'avance à valoir sur le règlement définitif.

Si l'accident ne met pas en jeu la garantie responsabilité civile, la victime percevra la seule indemnité prévue au titre de la garantie individuelle accidents.

7. Exclusions

SONT EXCLUES DE L'ASSURANCE LES CONSÉQUENCES :

- de maladie ;
- d'éthylisme, d'ivresse manifeste ou s'il est révélé qu'au moment d'un accident, l'assuré avait une alcoolémie égale ou supérieure à celle fixée par la réglementation française régissant la circulation automobile, sauf s'il apporte la preuve de l'absence de relation de cause à effet ; Toutefois : - si l'accident survient dans un pays où la législation locale est plus restrictive que la réglementation française, l'alcoolémie maximale retenue sera celle fixée par la législation locale ; - à l'inverse, si l'alcoolémie fixée par la réglementation locale est

supérieure à celle fixée par la législation

française, l'alcoolémie maximale autorisée sera celle fixée par la réglementation française ;

- d'usage de drogues, stupéfiants ;
- d'usage sans prescription médicale de médicaments ou tranquillisants ne pouvant être délivrés qu'avec prescription médicale ;
- de suicide ou de tentative de suicide survenant au cours de la première année suivant la date d'entrée en garantie de l'assuré ;
- de guerre civile ou étrangère, d'insurrection, d'émeutes ou mouvements populaires, ainsi que des opérations de maintien de l'ordre dans le cadre de résolutions de l'ONU ou autre institution similaire, ainsi que les opérations de maintien de la paix ;
- d'un accident subi à l'occasion d'un déplacement ou séjour dans une des régions ou un des pays déconseillés par le Ministère français des Affaires étrangères. Pour les personnes déjà présentes dans cette zone à la date de l'inscription de cette zone sur les listes du ministère des affaires étrangères, l'exclusion ne s'applique qu'à compter du 14e jour suivant cette inscription ;
- de la participation active de l'assuré à des émeutes, mouvements populaires, actes de sabotage, crimes ou délits intentionnels, rixes, sauf en cas de légitime défense, attentat, acte de terrorisme ;
- d'accidents survenus avant la date d'entrée en garantie de l'assuré ;
- d'un fait intentionnel de l'assuré, du bénéficiaire ou du souscripteur ;
- d'un traitement esthétique et/ou d'opération de chirurgie esthétique non consécutif à un accident garanti ainsi que leurs suites et conséquences ;
- d'un accident résultant : - de la conduite d'un véhicule si l'assuré n'est pas titulaire d'un permis réglementaire imposé par la législation locale, - de tout combustible nucléaire, produit ou déchet radioactif, - de tout engin destiné à irradier ou à exploser par modification du noyau de l'atome, ainsi que de leur décontamination, - de l'action directe ou indirecte de tout agent biologique ;
- d'un accident résultant de la navigation aérienne, sauf en qualité de passager sur un avion de ligne commerciale régulière ou à bord d'un appareil muni d'un certificat valable de navigabilité et dont le pilote possède un brevet et une licence réglementaire ;
- De la pratique des activités suivantes : - acrobaties aériennes, - parachutisme, ULM, deltaplane, parapente ou engins similaires,
- essais, entraînements ou participation à des épreuves ou compétitions comportant l'utilisation de véhicules ou embarcations à moteur, - raids sportifs, - tentatives de records, paris de toute nature ;
- de cure de toute nature ;
- de la négligence, du défaut de soins ou de l'usage de soins empiriques sans contrôle médical (sauf cas de force majeure). Les garanties sont alors versées en fonction des conséquences que l'accident aurait eues sur une personne soignée dans les règles de l'art ;
- d'affections neurologiques, psychiatriques ou psychologiques.
- Sont également exclus les hernies discales ou autres hernies, les lumbagos, sciatiques et affections dites « tours de reins », les infarctus quelle qu'en soit la cause, les affections coronariennes, les ruptures d'anévrisme, les embolies cérébrales, les hémorragies méningées, les névrites atteignant un nerf de la région traumatisée.

- les activités et sports non garantis au titre de la garantie « Responsabilité civile - Défense pénale et recours » ;
- la pratique - même occasionnelle - des sports suivants : - les sports aériens suivants : l'aviation, le vol à voile, la giravation, le paramoteur, le saut à l'élastique ; - la spéléologie, l'escalade en milieu naturel, l'alpinisme (ascensions en montagne), la via ferrata, la varappe ; - les activités subaquatiques suivantes : la spéléologie, l'apnée, la plongée, la chasse et la spéléologie sous-marines ; - les combats libres suivants : les MMA (mixed martial arts / arts martiaux mixtes) pratiqués à titre professionnel et en compétition, le « No Holds Barred » et la lutte contact ; - les activités nautiques suivantes : le canyonisme, le rafting, la nage en eaux vives, le kitesurf, le kitefoil, le wakeboard, le flyboard, les joutes nautiques, le jet-ski, le ski nautique.
- la navigation ou plongée avec des engins sous-marins, ou de la pratique de la plongée sous-marine à plus de 40 mètres ;
- Sont également exclus lorsqu'elles ne sont pas directement consécutives à l'accident garanti, les maladies, l'insolation, la congestion, les ruptures ou déchirures musculaires.

- Si l'Assuré est hospitalisé : un certificat précisant la date d'entrée et de sortie de l'hôpital.

Pour obtenir un règlement définitif :

Pour le remboursement des frais médicaux, l'Assuré doit fournir les décomptes de Sécurité Sociale et/ou de tout autre régime de complémentaire santé pour évaluer la différence entre les frais garantis et ceux déjà remboursés.

En cas d'invalidité permanente, une expertise médicale est diligentée pour déterminer le degré d'invalidité selon le barème d'invalidité déterminé par l'Assureur.

En cas d'incapacité temporaire de travail, il devra fournir un certificat d'arrêt de travail, un justificatif de perte de salaire délivré par l'employeur et un certificat de reprise de travail indiquant si la reprise est totale ou partielle.

9.2. Modalités de règlement des indemnités

Les indemnités sont payables en France et en euros comme suit :

8. Territorialité

À l'exclusion de la garantie frais médicaux à la suite d'accident, les garanties s'exercent pour les accidents survenus :

- Dans les États membres de l'Union Européenne, et dans l'Outre-Mer
- Dans le monde entier, à l'exception des pays présentant des risques pour les ressortissants étrangers et identifiés comme tels par la cellule de veille du Ministère des Affaires étrangères, à l'occasion de la participation de l'Assuré à des compétitions et épreuves sportives, à des expositions, congrès et colloques ainsi qu'à l'occasion de voyages ou séjours d'études, stages et missions, autorisées ou organisées par la FFJDA, et dont la durée est inférieure à 90 jours consécutifs.

La garantie frais médicaux à la suite d'accident est accordée uniquement sur le territoire de la France métropolitaine.

9. Déclaration des sinistres

9.1. Modalités de déclaration des sinistres

L'Assuré doit fournir au courtier gestionnaire le Formulaire de Licence et le cas échéant, le Bulletin Individuel d'Adhésion facultative indiquant la nature des garanties souscrites.

Outre la déclaration d'accident individuelle selon le modèle FFJDA/ASSUREUR disponible auprès des Comités, le Souscripteur doit adresser les documents ci-après décrits :

- En cas de décès de l'Assuré : un certificat de décès et le cas échéant un certificat médical précisant le caractère accidentel du décès et les causes de celui-ci.
- En cas de blessures de l'Assuré : l'attestation médicale initiale reprise au verso de la déclaration d'accident individuelle mise à sa disposition.
- Si l'assuré est grièvement blessé : un certificat de prolongation précisant les raisons et la durée de ladite prolongation.

Paiement du capital décès

Le capital décès est versé au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) sur le Formulaire de Licence pour les garanties de base et sur le Bulletin Individuel d'Adhésion Facultative pour les garanties complémentaires, et à défaut ses ayants droits dès que l'Assureur a reçu, examiné et validé toutes les pièces reçues et éventuellement réclamées par celui-ci, dans un délai maximum de 30 jours à compter de la réception de la totalité des pièces requises à l'analyse du sinistre décès.

Paiement du capital invalidité

Le degré d'invalidité est fixé dès qu'il y a consolidation de l'état de l'Assuré et au plus tard dans un délai de 3 ans à compter de la date de l'accident.

Le capital invalidité est versé à l'Assuré dès que l'Assureur a reçu, examiné et validé toutes les pièces reçues et éventuellement réclamées par celui-ci, dans un délai maximum de 30 jours à compter de la réception de la totalité des pièces requises à l'analyse du sinistre.

En cas d'invalidité permanente, si l'accord des parties sur le taux d'invalidité définitif n'est pas intervenu ou si la consolidation n'est pas survenue à l'expiration d'un délai d'1 an à compter de la date de déclaration du sinistre, des acomptes peuvent être versés sur demande de l'Assuré.

Paiement du capital « Accident corporel grave »

Avant consolidation et après expertise du médecin-conseil de l'Assureur sur l'évaluation du taux d'invalidité de l'Assuré, l'Assureur verse à l'Assuré un montant de capital anticipé.

L'Assureur rembourse à l'Assuré les frais immédiats liés à l'Accident corporel grave et propose des services d'aide aux proches par le biais du dispositif Albatros.

L'Assureur met à disposition de l'Assuré des services d'accompagnement proposés par le dispositif Albatros.

Le degré d'invalidité est fixé dès qu'il y a consolidation de l'état de l'Assuré et au plus tard dans un délai de 3 ans à compter de la date de l'accident.

La somme restante du capital « Accident corporel grave » est versée à l'Assuré dès que l'Assureur a reçu, examiné et validé toutes les pièces reçues et éventuellement réclamées par

celui-ci, dans un délai maximum de 30 jours à compter de la réception de la totalité des pièces requises à l'analyse du sinistre.

Remboursement des frais médicaux

A réception des décomptes de Sécurité Sociale et/ou de tout autre régime de complémentaire santé l'Assureur évaluera la différence entre les frais garantis et ceux déjà remboursés.

L'indemnisation viendra, s'il y a lieu, en complément des indemnités ou prestations de même nature qui pourraient être allouées à l'Assuré, s'il est affilié à un régime obligatoire ou tout autre régime de complémentaire santé sans qu'il puisse percevoir au total un montant supérieur à celui de ses débours réels.

Si l'Assuré n'est pas affilié à un régime obligatoire ou à tout autre régime de complémentaire santé, la garantie s'exercera à compter du premier euro.

Les frais qui ne sont pas normalement pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie, ne seront pas indemnisés.

Versement des indemnités journalières

L'indemnité journalière sera versée mensuellement à terme échu à l'issue d'une période non indemnisée appelée franchise. Le versement de l'indemnité cessera au jour de la guérison ou de la consolidation et au maximum, jusqu'au 365e jour suivant l'arrêt.

La franchise dont le nombre de jours est indiqué au tableau de garanties à l'article 3 de la présente Notice d'information valant Conditions Générales est décomptée à partir du premier jour d'arrêt d'activité.

Toute possibilité de reprise partielle de l'activité professionnelle de l'Assuré entraîne une réduction des prestations de 50 %.

Toute reprise totale d'activité professionnelle entraîne l'arrêt de la prestation.

En cas de rechute dans les 90 jours suivant la reprise d'activité, le versement de l'indemnité journalière sera repris sans franchise et sans que le nombre total de journées d'incapacité indemnisées soit supérieur au maximum prévu.

Pour un même accident, tout nouvel arrêt au-delà des 90 jours suivant la reprise d'activité, entraînera une nouvelle application de la franchise.

9.3. Arbitrage

Une expertise médicale peut s'avérer nécessaire pour constater l'état d'incapacité de travail ou d'invalidité permanente. Dans ce cas, les honoraires du médecin que l'Assureur charge de réaliser cette expertise, sont réglés par ses soins.

Les conclusions de l'expertise sont notifiées à l'Assuré par lettre recommandée avec accusé de réception. Elles peuvent conduire l'Assureur à cesser, à refuser ou à réduire le versement de ses prestations.

En cas de contestation d'ordre médical portant sur les causes ou les conséquences du sinistre, le différend est soumis à une expertise.

Chacune des parties désigne un médecin. Si les médecins ainsi désignés ne sont pas d'accord, ils s'adjoignent un troisième médecin ; les trois médecins opèrent alors en commun et à la majorité des voix.

Faute par l'une des parties de nommer son médecin ou par les deux médecins de s'entendre sur le choix du troisième, la

désignation est effectuée par le Président du Tribunal de Grande Instance ou du Tribunal de Commerce du domicile du Souscripteur et/ou de l'Assuré.

Dans la troisième éventualité, la nomination a lieu sur simple requête de la partie la plus diligente, faite au plus tôt quinze jours après l'envoi, à l'autre partie, d'une lettre recommandée de mise en demeure avec avis de réception ; s'il y a lieu à désignation d'un troisième médecin, celle-ci est faite par le Président du Tribunal statuant en référé.

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

9.4. Subrogation

Après le paiement des sommes assurées en cas de décès, d'invalidité permanente ou d'incapacité temporaire aucun recours n'est possible contre le responsable du sinistre, conformément à l'article L131-2 du Code des assurances.

Il en va de même pour les autres garanties souscrites, à l'exception de la garantie des frais de traitement, pour laquelle, lorsqu'une indemnité a été versée, l'assureur est substitué dans les droits et actions de l'assuré jusqu'à concurrence de cette indemnité contre tout responsable du dommage.

Si par le fait de l'Assuré cette subrogation ne peut s'opérer, la garantie de l'assureur cesse d'être engagée.

Ces dispositions ne s'appliquent pas, sauf en cas de malveillance, à son conjoint, ses descendants et ascendants, préposés, ainsi qu'à toutes personnes vivant habituellement au foyer de l'Assuré.

10. Vie de l'adhésion

10.1. Prise d'effet et durée des garanties

Les garanties prennent effet le jour de la réception du Formulaire de Licence pour les garanties de base et du Bulletin Individuel d'Adhésion Facultative pour les garanties complémentaires par la FFJDA ou au jour de la saisie de la demande sur internet ou tout autre moyen (pour les adhésions pouvant être obtenues par ce canal).

L'adhésion au contrat doit se faire au moment du renouvellement de la licence fixé du 1er septembre de l'année N au 31 août de l'année N+1. L'adhésion n'est pas automatique et doit faire l'objet d'une nouvelle adhésion via un nouveau Formulaire de Licence pour les garanties de base et avec un nouveau Bulletin Individuel d'Adhésion Facultative pour les garanties complémentaires.

Cessation des garanties

Les garanties cessent à l'égard de l'Assuré en cas de réalisation du risque Décès ou d'Invalidité Permanente Totale ou en cas de non-renouvellement de la licence.

Droit aux prestations en cas de résiliation ou d'expiration du contrat

Les prestations cessent d'être dues à la date de prise d'effet de la résiliation lorsque le contrat fait l'objet d'une résiliation :

- par l'Assureur pour l'un des motifs suivants : non-paiement des cotisations, omission ou inexactitude dans les déclarations du risque à la souscription ou en cours de contrat,

- de plein droit en cas de retrait de l'agrément de l'Assureur.

Lorsque le contrat fait l'objet d'une résiliation pour un motif autre que ceux indiqués ci-dessus, les prestations sont dues jusqu'à la fin du traitement médical et au plus tard jusqu'à la consolidation.

10.2. Délai de renonciation

Fourniture à distance d'opérations d'assurance : constitue une fourniture d'opération d'assurance à distance, telle que définie par l'article L 112-2-1 du Code des Assurances, la fourniture d'opérations d'assurance auprès d'un Assuré, personne physique, qui agit en dehors de toute activité commerciale ou professionnelle, dans le cadre d'un système de vente ou de prestation de services à distance organisé par l'Assureur ou l'intermédiaire d'assurance qui, pour ce contrat, utilise exclusivement des techniques de communication à distance jusqu'à, y compris, la conclusion du contrat.

Il est précisé que, conformément aux dispositions de l'article L 112-2-1 du Code des Assurances, les règles concernant la fourniture d'opération d'assurance à distance :

- ne s'appliquent qu'au premier contrat, pour les contrats à durée déterminée suivis d'autres contrats de même nature, échelonnés dans le temps, sous condition que pas plus d'un an ne se soit écoulé entre deux contrats ;
- ne s'appliquent qu'en vue et lors de la conclusion du contrat initial, pour les contrats renouvelables par tacite reconduction.

Si le contrat a été conclu à la demande du souscripteur en utilisant une technique de communication à distance ne permettant pas la transmission des informations précontractuelles et contractuelles sur un support papier ou sur un autre support durable, l'assureur ou l'intermédiaire doit exécuter ses obligations de communication immédiatement après la conclusion du contrat.

L'Assuré, personne physique, qui conclut à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle un contrat à distance, est informé qu'il dispose d'un délai de quatorze (14) jours calendaires révolus pour renoncer sur un support papier ou sur un autre support durable et ce, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalité.

Ce délai commence à courir soit à compter du jour de la signature des Conditions Particulières soit à compter du jour où le souscripteur reçoit les conditions contractuelles et les informations conformément à l'article L 121-20-11 du Code de la Consommation, si cette dernière date est postérieure à la première.

L'Assuré est informé que le contrat ne peut recevoir commencement d'exécution avant l'arrivée du terme de ce délai sans son accord.

L'Assuré, qui souhaite exercer son droit de renonciation dans les conditions susvisées, peut utiliser le modèle de lettre, inséré dans les présentes, dûment complété par ses soins :

« Je soussigné [Nom – Prénom], demeurant [Adresse du souscripteur], déclare renoncer, en application des dispositions de l'article L 112-2-1 du Code des Assurances,

au contrat d'assurance [Numéro du contrat], souscrit le [Date de la signature des Conditions Particulières], par l'intermédiaire de [Nom de l'intermédiaire ayant commercialisé le contrat]. Date [À compléter] Signature [Assuré] »

À cet égard, l'Assuré est informé que, s'il exerce son droit de renonciation, il sera tenu au paiement proportionnel du service financier effectivement fourni, à l'exclusion de toute pénalité, soit un montant calculé selon la règle suivante : (montant de la cotisation annuelle figurant aux Conditions Particulières du contrat) x (nombre de jours garantis) / 365.

Par dérogation, ce droit de renonciation ne s'applique pas :

- aux polices d'assurance voyage ou bagage ou aux polices similaires à court terme d'une durée inférieure à un mois ;
- aux contrats d'assurance de responsabilité civile des Véhicules Terrestres à Moteur ;
- aux contrats exécutés intégralement par les deux parties à la demande expresse du souscripteur avant que ce dernier n'exerce son droit de renonciation.

11. Vie du contrat

11.1. Obligations du Souscripteur en cours de contrat

À la souscription du contrat

Le Souscripteur doit déclarer exactement, sous peine des sanctions prévues aux articles L 113-8 (nullité du contrat) et L 113-9 (réduction des indemnités) du Code des assurances, toutes les circonstances connues de lui et qui sont de nature à faire apprécier par l'Assureur les risques qu'il doit prendre en charge.

En cours de contrat

Le Souscripteur est obligé de déclarer, en cours de contrat, les circonstances nouvelles qui ont pour conséquence soit d'aggraver les risques, soit d'en créer de nouveaux et rendent de ce fait inexacts ou caduques les réponses faites à l'Assureur.

Le Souscripteur doit, par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique, déclarer ces circonstances à l'Assureur dans un délai de 15 jours à partir du moment où il en a eu connaissance.

Lorsque cette modification constitue une aggravation du risque au sens où si les circonstances nouvelles avaient été déclarées lors de la conclusion ou du renouvellement du contrat, l'Assureur n'aurait pas contracté ou ne l'aurait fait que moyennant une prime plus élevée (article L 113-4 du Code des assurances).

L'Assureur peut proposer :

- soit augmentation de cotisation. Si dans un délai de 30 jours à compter de la proposition de l'Assureur, le Souscripteur refuse cette proposition ou ne lui donne pas suite, l'Assureur peut résilier le contrat ;
- soit résilier le contrat. L'Assureur rembourse au Souscripteur la portion de cotisation afférente à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru. La résiliation prend effet 10 jours après notification au Souscripteur. Lorsque cette modification constitue une diminution du risque, le Souscripteur a droit à une diminution du montant de la cotisation. Si l'Assureur n'y consent pas, le Souscripteur peut dénoncer le contrat. La résiliation prend effet 30 jours après la

dénonciation et l'Assureur rembourse au Souscripteur la portion de cotisation afférente à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru.

11.2. Résiliation du contrat

Comment résilier ?

- Par l'Assureur : lettre recommandée adressée à votre dernière adresse connue
- Par le Souscripteur : soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'Assureur, soit par acte extrajudiciaire, soit par lettre ou tout support durable, soit par le même mode de communication à distance utilisé pour la souscription du contrat, soit par tout autre moyen indiqué dans la police. Le destinataire confirme par écrit la bonne réception de la notification.

Dans quelles circonstances ?

1/ Par l'Assureur

- A l'échéance annuelle (art L113-12 du Code des assurances)
- Lorsque l'Assuré a souscrit à des fins professionnelles, l'Assureur peut résilier dans les conditions prévues à l'article L113-14 du Code des assurances en respectant le délai de préavis prévu au contrat
- En cas de changement de situation de l'Assuré (art L113-16 et R113-6 du Code des assurances). La résiliation doit être effectuée par lettre recommandée avec demande d'avis de réception
- En cas de non-paiement de la prime (art L113-3 du Code des assurances)
- En cas d'aggravation du risque (art L113-4 du Code des assurances)
- En cas d'omission ou inexactitude dans la déclaration du risque à la souscription ou en cours de contrat (art L113-9 du Code des assurances)
- Après sinistre (art R113-10 du Code des assurances)

2/ Par le Souscripteur

- A l'échéance annuelle (art L113-12 du Code des assurances) en respectant le délai de préavis du contrat
- En cas de hausse des cotisations
- En cas de changement de situation de l'Assuré (art L113-16 et R113-6 du Code des assurances)
- En cas de diminution du risque si l'Assureur ne consent pas à la réduction de cotisation correspondante (art L113-4 du Code des assurances)
- En cas de résiliation par l'Assureur d'un autre contrat après sinistre (art R113-10 et A 211-1-2 du Code des assurances)
- En cas de transfert de portefeuille de l'Assureur (art L324-1 du Code des assurances)

3/ Par l'héritier, l'acquéreur d'une part, ou l'assureur d'autre part

- En cas de décès ou transfert de propriété d'une chose (art L121-10 du Code des assurances)

4/ Par l'administrateur ou le liquidateur judiciaire

- En cas d'ouverture d'une procédure de sauvegarde, redressement judiciaire ou liquidation judiciaire (art L622-13, L631-14 et L641-11-1 du Code de commerce)

5/ De plein droit

- En cas de perte totale de la chose résultant d'un événement non garanti (art L121-9 du Code des assurances)
- En cas de retrait d'agrément ou liquidation judiciaire de l'Assureur (art L326-12 et L113-6 du Code des assurances)
- En cas de réquisition de propriété des biens assurés (art L160-6 et R160-9 du Code des assurances)

12. Cotisation

La cotisation d'assurance est fixée sur le Formulaire de Licence pour les garanties de base et au Bulletin Individuel d'Adhésion pour les garanties complémentaires.

La cotisation est payable par l'Assuré à la signature du Formulaire de Licence pour les garanties de base et du Bulletin Individuel d'Adhésion pour les garanties complémentaires.

13. Contrôle de l'Assureur

Dans tous les cas et à toute époque l'Assureur se réserve le droit de nommer le médecin expert de son choix, lequel aura pour mission de constater que l'état de santé de l'Assuré rentre effectivement dans le cadre des garanties définies au contrat. Le médecin mandaté par l'Assureur devra avoir libre accès auprès de l'Assuré et pourra se faire communiquer les documents qu'il jugera nécessaires.

À défaut, l'Assuré se trouvera déchu de tout droit à indemnité.

Il est bien entendu que les décisions prises par la Sécurité Sociale et les certificats médicaux nécessaires à la mise en œuvre des garanties sont inopposables à l'Assureur.

14. Déchéance

Si l'Assuré fait sciemment de fausses déclarations sur la nature et les clauses, circonstances et conséquences d'un sinistre, une déchéance de garantie pourra lui être opposée pour la totalité de ce sinistre.

15. Prescription

Conformément aux dispositions prévues par l'article L.114-1 du Code des assurances, toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Par exception, les actions dérivant d'un contrat d'assurance relatives à des dommages résultant de mouvements de terrain consécutifs à la sécheresse-réhydratation des sols, reconnus comme une catastrophe naturelle dans les conditions prévues à l'article L.125-1, sont prescrites par cinq ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

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 intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

Conformément à l'article L.114-2 du Code des assurances, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription constituées par :

- toute demande en justice, même en référé, ou même portée devant une juridiction incompétente ;
- tout acte d'exécution forcée, ou toute mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ;
- toute reconnaissance par l'assureur du droit à garantie de l'assuré, ou toute reconnaissance de dette de l'assuré envers l'assureur.

Elle est également interrompue par :

- la désignation d'experts à la suite d'un sinistre ;
- l'envoi d'une lettre recommandée ou l'envoi d'un recommandé électronique, avec accusé de réception, adressés par :
- l'Assureur à l'Assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime ; - l'Assuré à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Conformément à l'article L.114-3 du Code des assurances, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

16. En cas de réclamation

Le paragraphe ci-dessous précise les modalités d'examen des réclamations et le recours possible à la Médiation de l'assurance.

Comment adresser votre réclamation ?

Dans tous les cas, vous devez formaliser par écrit votre réclamation afin que nous puissions répondre au mieux à votre insatisfaction, et l'adresser :

A votre interlocuteur AXA habituel (ses coordonnées sont indiquées sur vos courriers et sur votre Espace Client en ligne) ou au service clients avec lequel vous êtes en relation, ou, à tout moment, au Service Réclamations en fonction de la nature du litige :

Pour les garanties d'assurance

- via le formulaire de contact sur axa.fr ou en ligne depuis votre Espace Client AXA - ou par courrier, à l'adresse suivante :

AXA France – Service Réclamations – TSA 46 307 – 95901 Cergy-Pontoise Cedex 9

Nos engagements

Un accusé de réception vous sera adressé dans un délai maximum de dix jours.

Votre situation sera étudiée avec le plus grand soin et une réponse argumentée vous sera adressée dans un délai maximum de soixante jours.

La saisine du médiateur

Vous pouvez saisir le Médiateur de l'assurance :

- deux mois après votre première réclamation écrite, que vous ayez reçu une réponse ou non de notre part
- et, en tout état de cause, dans un délai maximum d'un an à compter de la date de votre première réclamation écrite.

Cette saisine peut se faire :

- par voie électronique sur le site mediation-assurance.org
- ou par courrier, à l'adresse suivante : Le médiateur de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09.

L'intervention du Médiateur est gratuite.

Le Médiateur formulera une proposition de solution dans un délai de 3 mois à réception de votre dossier complet.

Les deux parties, vous-même et AXA, restent libres de suivre ou non la proposition du Médiateur. Vous conservez à tout moment la possibilité de saisir le tribunal compétent.

Marsh S.A.S.
Tour Ariane
92088 Paris La Défense cedex
www.marsh.fr

Marsh SAS, société par actions simplifiée au capital de 5 917 915 euros.
Société de courtage d'assurances et de réassurance dont le siège est situé
Tour Ariane – La Défense, 5 place de la pyramide, 92800 Puteaux,
immatriculée sous le n° 572 174 415 au RCS de Nanterre. Assurances RC
professionnelle et garantie financière conformes aux articles L512-6 et 7 du
Code des assurances. TVA intracommunautaire n° FR 05 572 174 415. Orias
n° 07001037, orias.fr. Code APE : 6622Z. Société soumise au contrôle de
l'ACPR, 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09.

Réclamations : Marsh, Département Réclamations, Tour Ariane, 92088 Paris
La Défense cedex – reclamation@marsh.com. Le médiateur de l'assurance :
<https://www.mediation-assurance.org/>. Conditions générales de prestations
sur marsh.fr.

Copyright © 2024 Marsh S.A.S. Tous droits réservés