

COUVERTURE DES ACCIDENTS PERSONNELS DES CONDUCTEURS

Couverture des accidents personnels offerte aux conducteurs de Dott qui ont loué des vélos électriques ou des trottinettes électriques en France.

L'étendue de la couverture

Champ d'application	Somme assurée maximale par trajet et par événement
Conséquences d'un accident personnel sur la santé Si l'assuré est victime d'un accident lors de l'utilisation d'un véhicule, il recevra une indemnisation pour tout dommage lié à la santé.	25 000 EUR Incapacité permanente 25.000 EUR décès

ACCIDENT PERSONNEL

Valable à partir du 1er juillet 2024.

Code: WU/01/1744401/2024/M

Définitions

Vous trouverez ci-dessous des explications sur les termes que nous utilisons dans les présentes conditions générales d'assurance:

1. **Accident** - un événement qui répond à l'ensemble des critères suivants:
 - a) Il s'est produit soudainement,
 - b) Il est survenu en raison d'une cause externe,
 - c) Il n'est pas lié à une maladie préexistante,
 - d) Il est à l'origine d'un préjudice physique pour l'assuré, entraînant des dommages permanents ou de longue durée à la santé de l'assuré ou son décès

NE CONSTITUENT PAS UN ACCIDENT LES ÉVÉNEMENTS SUIVANTS CAUSÉS PAR DES PROCESSUS SE PRODUISANT À L'INTÉRIEUR DU CORPS HUMAIN: HÉMORRAGIE, ARRÊT CIRCULATOIRE SOUDAIN ET ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL, CRISE CARDIAQUE.

2. **Acte terroriste** - activités criminelles individuelles ou collectives organisées pour des raisons économiques, politiques, idéologiques ou religieuses, dirigées contre la population ou des biens dans le but de créer le chaos, d'intimider la population et de désorganiser la vie publique;
3. **Altération de la santé, dommages corporels, dommages liés à la santé** - altération du fonctionnement du corps de l'assuré, causée par un accident couvert par l'assurance, entraînant des dommages permanents ou à long terme du corps, causant une altération des fonctions de l'organisme;
4. **Application** - l'application mobile Dott, l'application mobile Tier ou l'application d'un tiers autorisé qui est exigée du conducteur pour louer l'unité Dott
5. **Bénéficiaire** toute personne venant à la succession de la personne assurée au sens des articles 720 et suivants du Code civil.
6. **Conditions ou Conditions générales** - se réfère aux présentes Conditions générales de l'assurance accidents corporels.
7. **Courtier** - Datafolio, société de droit français dont le siège social est situé au 165 avenue de Bretagne, 59000 Lille, France. Son numéro d'enregistrement est 877629493, enregistrée à l'ORIAS sous le numéro 19008771
8. **Événement assuré** – l'apparition d'un événement au cours de la période de responsabilité de l'assurance, tel que
 - a) Des dommages à la santé, permanents ou à long terme, résultant d'un accident lors de l'utilisation du véhicule,
 - b) le décès à la suite d'un accident survenu lors de l'utilisation du véhicule.
9. **Indemnité de sinistre** - indemnité versée à la suite de l'apparition d'un événement assuré;
10. **Personne assurée, conducteur** - la personne enregistrée dans l'application Dott ou tout autre utilisateur autorisé dans le cas d'une promenade en groupe. La personne assurée doit être âgée d'au moins 18 ans et de moins de 75 ans à la date de conclusion du contrat de location. Un conducteur est considéré comme une personne assurée depuis le début du trajet jusqu'à sa fin.
11. **Promenade en groupe** - Jusqu'à 10 unités Dott peuvent être louées par un utilisateur de compte Dott. Ces promenades, lorsqu'il y a un seul utilisateur et de nombreux conducteurs, sont définies comme des promenades en groupe. Tous les conducteurs du groupe sont assurés.
12. Site web de Dott: www.ridedott.com, ou www.tier.app, selon le cas
13. **Société, La Société d'Assurance, Assureur** Towarzystwo Ubezpieczeń Europa S.A. (ci-après dénommée TU Europa SA), société de droit polonais, dont le siège social est situé à Wrocław (Pologne), ul. Władysława Sikorskiego 26, numéro d'enregistrement de la société (KRS): 2736; numéro d'identification fiscale (NIP) n. 8951007276 - appartenant au groupe Talanx - compagnie d'assurance allemande autorisée à opérer en France dans le cadre de la liberté de fournir des prestations de services et titulaire de la marque «HDI Embedded». Adresse du site web: <https://www.hdi-embedded.com/>; adresse électronique standard: info@hdi-embedded.com.
14. **Titulaire de la police d'assurance du groupe** - EmTransit B.V., société de droit néerlandais, dont le siège social est situé à Van Diemenstraat 292, 1013 CR Amsterdam, Pays-Bas. Son numéro d'enregistrement est 72795921.
15. **Titulaire de la police d'assurance locale** - entité désignée dans chaque pays
16. **Trajet** - désigne la période pendant laquelle la personne assurée utilise une trottinette électrique ou une bicyclette électrique, du début à la fin du trajet.
17. **Trottinette électrique** - véhicule à voie unique propulsé par la combinaison de la force humaine et d'un moteur électrique. Les trottinettes électriques sont propulsées par un moteur électrique d'une puissance nominale continue maximale, conformément aux lois et réglementations locales. Elles ne nécessitent pas d'immatriculation ni de plaques d'immatriculation.
18. **Unité Dott** - une trottinette électrique ou un vélo électrique disponible à la location via l'Application pour les utilisateurs enregistrés dans les pays spécifiés dans l'accord Group Agreement No Dott/01/1744401/2024/M; l'unité Dott peut appartenir à la société Dott ou être louée à la société Dott;

19. **Utilisateur autorisé** – c'est la personne qui a droit à une promenade en groupe sur la base de la possibilité de promenade en groupe dans l'application.
20. **Utilisation commerciale** - utilisation de l'unité Dott pour des activités à but lucratif, telles que la livraison de marchandises. Les déplacements entre le domicile et le lieu de travail ne sont pas considérés comme une utilisation commerciale au sens du présent règlement.
21. **Véhicule** - l'unité Dott
22. **Vélo électrique** - véhicule à voie unique ou à plusieurs voies, propulsé par la combinaison de la force humaine et d'un moteur électrique, avec une puissance nominale continue maximale telle que spécifiée par les lois et réglementations locales. Les vélos électriques ne nécessitent pas d'immatriculation ni de plaques d'immatriculation.

Objet et champ d'application de l'assurance

1. L'assurance couvre les conséquences des accidents survenus pendant l'utilisation du véhicule en France et au cours de la période d'assurance, qui entraînent des lésions corporelles ou des dommages corporels de la personne assurée, causant une altération permanente ou à long terme de la santé ou le décès de l'assuré.
2. Le champ d'application de l'assurance comprend :
 - 1) des prestations en cas d'altération de la santé permanente ou à long terme résultant d'un accident dû à un effort physique effectué lors de l'utilisation d'une unité Dott,
 - 2) les prestations en cas de décès de la personne assurée à la suite d'un accident survenu lors de l'utilisation d'un unité Dott.

Personnes assurables

1. Ne sont assurables que les personnes physiques âgées d'au moins 18 ans et de moins de 75 ans à la date de conclusion du contrat de location.

Durée du contrat et période de couverture

1. Votre contrat et votre couverture commencent dès le début du trajet.
2. Votre contrat et votre couverture prennent fin lorsque le trajet est terminé.

Prime d'assurance

1. Le titulaire de la police d'assurance locale est tenu de payer la prime.
2. La prime est payée à la fin de chaque mois par le titulaire de la police d'assurance locale sur la base du prix de location par minute et par véhicule en France.
3. Le tarif constitue une annexe à l'accord de groupe n° Dott/01/1744401/2024/M. convention de groupe n° Dott/01/1744401/2024/M.

Paiements de prestations d'assurance

1. La limite supérieure de la prestation d'assurance est la somme assurée maximale telle qu'indiquée dans le tableau figurant au paragraphe « L'étendue de la couverture » ci-dessus. La somme assurée maximale est individuelle pour chaque conducteur.
2. Le montant de la garantie décès accidentel sera réduit du montant de la garantie dommages corporels déjà versée.
3. Seuls les dommages corporels listés dans le tableau ci-dessous seront indemnisés:

1)	Perte de la vision des deux yeux	100%
2)	Perte des deux avant-bras	90%
3)	Perte des deux cuisses	90%
4)	Perte des deux pieds entiers	70%
5)	Perte auditive totale	60%
6)	Perte d ,un bras	60%
7)	Perte d ,une cuisse	55%
8)	Perte de la vision d ,un œil	30%
9)	Perte d ,un pied entier	30%
10)	Perte auditive d ,une oreille	15%
11)	Perte du pouce	10%
12)	Perte de l ,index	5%
13)	Perte d ,un doigt autre que le pouce et l ,index	3%

L'indemnité de sinistre est égale à 100% du montant assuré en cas de décès de l'utilisateur du véhicule à la suite d'un accident survenu lors de l'utilisation du véhicule, à condition que le décès survienne dans les deux ans suivant la date de l'événement assuré. Cette indemnité est diminuée du montant mentionné au point 2 ci-dessus.

Exclusions et limitations de responsabilité

1. **L'ASSUREUR N'EST PAS RESPONSABLE SI L'ÉVÉNEMENT ASSURÉ EST SURVENU À LA SUITE DES ÉLÉMENTS SUIVANTS:**
 - a) **HOSTILITÉS, ÉMEUTES, LOI MARTIALE, ACTES DE SABOTAGE, PARTICIPATION À DES GRÈVES ILLÉGALES, PARTICIPATION ACTIVE À UNE GUERRE, UNE RÉVOLUTION, UN SOULÈVEMENT, DES ACTES TERRORISTES OU UNE GUERRE CIVILE,**
 - b) **EXPLOSION ATOMIQUE OU IRRADIATION RADIOACTIVE, CONTAMINATION RADIOACTIVE, ACTION LIÉE À DES RAYONS LASER, À UN CHAMP MAGNÉTIQUE OU ÉLECTROMAGNÉTIQUE, À DE L'AMIANTE,**
 - c) **LE CONDUCTEUR COMMET UN DÉLIT LORS DE L'UTILISATION DU VÉHICULE à l'exclusion du fait de provoquer involontairement un accident de la circulation,**
 - d) **TENTATIVE DE SUICIDE DE L'ASSURÉ (S'APPLIQUE À UN ÉVÉNEMENT D'ATTEINTE PERMANENTE OU À LONG TERME À SA SANTÉ), LE FAIT QUE L'ASSURÉ COMMETTE UN SUICIDE (S'APPLIQUE EN CAS DE DÉCÈS), UNE AUTOMUTILATION INTENTIONNELLE OU DES BLESSURES CORPORELLES AUTO-INFLIGÉES PAR L'ASSURÉ,**
 - e) **LES MALADIES MENTALES QUAND ELLES SONT LES PRINCIPALES CAUSES DE L'ACCIDENT.**
 - f) **LE CONDUCTEUR EST SOUS L'INFLUENCE D'ALCOOL/ AU-DELÀ DE LA LIMITE AUTORISÉE EN FRANCE EN APPLICATION DE L'ARTICLE R.234-1 DU CODE DE LA ROUTE OU DE SUBSTANCES OU PLANTES CLASSEES COMME STUPEFIANTS CONFORMEMENT AUX DISPOSITIONS DES ARTICLES L.235-1 ET SUIVANTS DU CODE DE LA ROUTE, OU DE MÉDICAMENTS, AU-DELÀ DE LA DOSE PRESCRITE PAR UN MEDECIN DUMENT AUTORISE A EXERCER EN FRANCE**
 - g) **LE FAIT DE RESTER DANS DES ZONES OÙ LA CIRCULATION OU L'UTILISATION EST INTERDITE PAR LES CONDITIONS D'UTILISATION DU VEHICULE DEFINIES PAR DOTT, LES PLANS D'EAU, LES SENTIERS TOURISTIQUES, LES PISTES DE SKI,**
 - h) **LES COMBATS, à l'exception des actions de légitime défense et à condition que le rapport de police ou une autre preuve documentent les actes de légitime défense,**
2. **L'ASSUREUR N'INDEMNISE PAS LES DOMMAGES CORPORELS NON LISTES DANS LE TABLEAU FIGURANT AU PARAGRAPHE « PAIEMENTS DE PRESTATIONS D'ASSURANCE » CI-DESSUS. L'ASSUREUR N'EST PAS RESPONSABLE DES ÉVÉNEMENTS SURVENANT DIRECTEMENT ET EXCLUSIVEMENT À LA SUITE DE MALADIES DIAGNOSTIQUÉES, TRAITÉES OU CONTRÔLÉES OU AYANT NÉCESSITÉ UN AVIS MÉDICAL AU COURS DES 36 MOIS PRÉCÉDANT LA DATE DE CONCLUSION DU CONTRAT D'ASSURANCE. NOUS NE SOMMES PAS NON PLUS RESPONSABLES DES ÉVÉNEMENTS RÉSULTANT DIRECTEMENT ET EXCLUSIVEMENT D'ACCIDENTS SURVENUS AU COURS DES 36 MOIS PRÉCÉDANT LA DATE DE CONCLUSION DU CONTRAT D'ASSURANCE.**
3. **L'ASSUREUR N'EST PAS RESPONSABLE DES ÉVÉNEMENTS ASSURÉS RÉSULTANT D'UN TRAITEMENT INAPPROPRIÉ OU D'ACTES MÉDICAUX MAL EXÉCUTÉS.**
4. **L'ASSUREUR N'EST PAS RESPONSABLE:**
 - a) **POUR LES DOMMAGES CAUSÉS INTENTIONNELLEMENT PAR LE CONDUCTEUR ET POUR LES DOMMAGES RÉSULTANT D'UNE NEGLIGENCE GRAVE DU CONDUCTEUR,**
 - b) **EN CAS DE DEFAILLANCE DES FREINS OU DU REGULATEUR DE VITESSE DU VEHICULE SI L'ACCIDENT A ÉTÉ CAUSÉ EXCLUSIVEMENT PAR CETTE DEFAILLANCE,**
 - c) **SI LA RÉCLAMATION SIGNALÉE ÉTAIT BASÉE SUR DES DOCUMENTS FAUX OU FALSIFIÉS, OU SI DE FAUX MOYENS OU PROCÉDURES ONT ÉTÉ UTILISÉS POUR OBTENIR UNE INDEMNISATION,**
 - d) **POUR L'ÉVÉNEMENT ASSURÉ LORSQUE L'UNITÉ DOTT A ÉTÉ UTILISÉE À DES FINS COMMERCIALES**

Obligations de l'assuré - ce qu'il faut faire en cas de sinistre

1. En cas d'événement assuré, l'assuré doit:
 - a) nous notifier immédiatement l'apparition de l'événement assuré, et au plus tard 5 jours après l'apparition de l'événement, et
 - b) libérer les médecins et les établissements de santé du secret médical pour le compte de l'assureur et mettre les dossiers médicaux à disposition en soumettant une déclaration exemptant les médecins et les établissements de santé du secret médical pour le compte de l'assureur, sous réserve et dans les limites des dispositions légales applicables en France,
 - c) tenter d'atténuer les effets de l'événement assuré.
2. Afin de déterminer l'état de santé de l'assuré ou le degré d'altération de sa santé en cas d'accident survenant pendant la période de responsabilité de l'assureur, l'assuré devrait:
 - a) dès que cela est raisonnablement possible, demander une aide médicale et suivre le traitement recommandé par un médecin,
 - b) coopérer avec l'assureur pour clarifier les circonstances de l'accident, suivre les recommandations de l'assureur, fournir les informations et les procurations nécessaires,
 - c) obtenir des documents médicaux et fournir à l'assureur les résultats des tests effectués,
 - d) à la demande raisonnable de l'assureur se soumettre à un examen auprès d'un médecin désigné par l'assureur.

Déposer une demande d'indemnisation

1. La demande peut être soumise via l'application Dott, Site web de Dott
2. L'indemnisation est versée en euros,,
3. Les indemnités sont versées au conducteur qui a utilisé l'unité Dott,
4. Si le décès est survenu avant le versement de l'indemnité, le bénéficiaire est tenu de présenter une pièce d'identité et un certificat de décès s'il possède ces documents ou s'il peut les obtenir en vertu des dispositions de la législation applicable.
5. Si l'indemnité a déjà été versée et que le décès survient à la suite du même événement survenu lors de l'utilisation du véhicule, l'assureur versera la prestation due au bénéficiaire, diminuée du montant des prestations précédemment versées pour ce même événement. Dans ce cas, le bénéficiaire est tenu de présenter un document d'identité et le certificat de décès, s'il possède ces documents ou s'il peut les obtenir en vertu des dispositions de la législation applicable.
6. **LES INDEMNITÉS VISÉES AUX PRÉSENTES CONDITIONS GÉNÉRALES NE SONT PAS DUES AU BÉNÉFICIAIRE S'IL A INTENTIONNELLEMENT CONTRIBUÉ OU CAUSÉ LE DÉCÈS DE L'ASSURÉ.**
7. L'assureur peut demander, à ses frais, un examen médical par un médecin désigné afin de confirmer le bien-fondé de la demande d'indemnisation.
8. L'assureur détermine la validité et le montant de l'indemnité de sinistre en se basant, le cas échéant, sur:
 - 1) un certificat médical décrivant le type et l'étendue des blessures et leurs effets,
 - 2) un certificat d'hospitalisation ou une carte d'information de l'hôpital, ou d'autres documents indiquant les raisons et l'étendue de l'assistance médicale fournie dans le cadre de l'accident, y compris un diagnostic médical détaillé,
 - 3) les rapports de police du lieu de l'accident ou les déclarations des témoins, le cas échéant,
 - 4) un certificat de décès dans le cas visé à l'article 5, sauf si le bénéficiaire est une personne qui ne dispose pas de ces documents et ne peut les obtenir en vertu des dispositions de la loi générale applicable. Dans ce cas, le bénéficiaire est tenu d'informer l'assureur des circonstances connues de l'accident.
9. Sur la base des documents visés au point 8, des résultats des examens médicaux et de l'établissement de la relation de cause à effet entre l'accident et le décès ou les dommages pour la santé, l'assureur détermine la nature et le montant de l'indemnité, sous réserve des paragraphes ci-dessous.
10. Le degré d'altération de la santé est évalué par des médecins-conseils (fournis par l'assureur) sur la base du tableau des altérations à la santé utilisé pour l'évaluation des conséquences des accidents selon le tableau du paragraphe 6.
11. Le degré d'altération à la santé est déterminé immédiatement après la fin du traitement et de la convalescence et, en cas de traitement plus long, au plus tard le 24e mois à compter de la date de l'accident ou de la fin du traitement (la date la plus tardive étant retenue). Une modification ultérieure du degré d'altération de la santé ne constitue pas un motif de modification du montant de l'indemnité.
12. Si plusieurs organes sont endommagés à la suite d'un accident, les degrés d'altération de la santé sont additionnés, à condition que le versement de l'indemnité ne dépasse pas 100% de la somme assurée pour les conséquences d'accidents.
13. En cas de perte ou de détérioration d'un organe, ou d'un système dont les fonctions étaient déjà altérées à la suite de dommages corporels subis antérieurement par l'assuré ou à la suite d'une maladie de l'assuré, le degré d'altération de la santé est défini comme la différence entre le degré d'altération de la santé approprié pour un organe ou un système donné après l'apparition de l'événement assuré et le degré d'altération existant avant l'accident à l'origine de l'apparition de l'événement assuré.
14. L'assureur ne tient pas compte du type de travail ou des autres activités exercées par l'assuré lorsqu'il détermine le montant de l'indemnisation pour l'altération de la santé.
15. Si le degré d'altération de la santé n'a pas été déterminé avant le décès de l'assuré, il est présumé conforme à l'évaluation des médecins-conseils fournie par l'assureur.
16. Si l'assureur reçoit de nouvelles informations liées à la détermination de la validité des réclamations ou du montant de l'indemnité, dans les 7 jours ouvrables à partir de la date de réception des informations supplémentaires, l'assureur informera par écrit le titulaire de la police d'assurance, l'assuré ou le bénéficiaire du contrat d'assurance des documents supplémentaires nécessaires pour déterminer l'indemnité, et que l'assuré peut obtenir en vertu des dispositions de la loi généralement applicable.
17. **SI LA PERSONNE QUI DÉCLARE LE DOMMAGE OU LE BÉNÉFICIAIRE DE L'INDEMNITÉ FOURNIT DES INFORMATIONS FAUSSES OU INCOMPLÈTES, CELA PEUT SERVIR DE BASE AU REFUS DU PAIEMENT, SI CELUI-CI ÉTAIT PRÉVU D'INFLUENCER LA DÉTERMINATION DES CIRCONSTANCES DE L'ÉVÉNEMENT ASSURÉ, LA RESPONSABILITÉ DE L'ASSUREUR OU L'OBTENTION D'INDEMNITÉ.**
18. **L'ABSENCE DE DOCUMENTATION COMPLETE NECESSAIRE A LA FOURNITURE DU SERVICE VISE A L'ARTICLE 8 PEUT JUSTIFIER LE REFUS DE FOURNIR LE SERVICE.**

Mesures prises par l'assureur en cas de sinistre

1. Dans les 7 jours civils suivant la réception d'un rapport sur l'apparition d'un événement assuré, l'assureur informe le titulaire de la police d'assurance et le bénéficiaire (s'il n'est pas la personne déclarante) et mène une procédure pour déterminer l'état réel de l'événement, la validité des demandes d'indemnisation présentées et le montant de l'indemnité. L'assureur informe également des documents nécessaires pour déterminer la responsabilité de l'assureur ou le montant de l'indemnité, s'il est nécessaire de poursuivre la procédure.

2. L'indemnité est versée dans un délai de 30 jours à compter de la date à laquelle l'assureur reçoit la notification de l'apparition de l'événement assuré.
3. S'il s'avère impossible de clarifier les circonstances nécessaires pour déterminer la responsabilité ou le montant de l'indemnité dans le délai susmentionné, l'assureur versera l'indemnité dans les 14 jours à compter de la date à laquelle il a été possible de clarifier ces circonstances en faisant preuve de diligence raisonnable. Toutefois, l'assureur versera la partie non contestée de l'indemnité dans le délai prévu au point 2.
4. Si l'assureur ne fournit pas le service dans le délai spécifié à la section 2, il informera par écrit le titulaire de la police d'assurance et le bénéficiaire des raisons pour lesquelles il n'a pas fourni l'indemnité en tout ou en partie, et il paiera la partie non contestée de l'indemnité.
5. Si l'indemnité n'est pas due ou est due pour un montant autre que celui indiqué dans la déclaration de sinistre, l'assureur en informe par écrit la personne qui présente la demande, en indiquant les circonstances et la base juridique justifiant le refus total ou partiel de payer l'indemnité.
6. Si l'assuré a droit à une indemnité, l'assureur fournira à l'assuré des informations écrites concernant le paiement de cette indemnité.
7. L'assureur est tenu de fournir aux personnes visées à l'article. 1 les informations et les documents recueillis pour déterminer la responsabilité et le bien-fondé de la prestation de services en rapport avec les dommages déclarés. Ces personnes peuvent demander une confirmation écrite des informations fournies par l'assureur, ainsi que des photocopies de documents réalisées à leurs frais et une confirmation par l'assureur de leur conformité à l'original.
8. Les principes d'imposition des indemnités dues à l'assuré ou à un ayant droit en vertu des présentes conditions générales sont régis par les dispositions relatives à l'impôt sur le revenu des personnes morales ou physiques en vigueur à la date de l'événement assuré.
9. L'assureur déclare que les méthodes de calcul des dispositions techniques n'intègrent pas de facteurs susceptibles d'influencer la variation du montant des indemnités.

RÉCLAMATIONS

1. Toute réclamation relative à la relation contractuelle ou à la gestion des sinistres doit d'abord être soumise par écrit par l'un des canaux alternatifs suivants: courrier ou courrier électronique.
TU Europa SA:
Site web: <https://www.hdi-embedded.com/>;
adresse email ordinaire: complaints@hdi-embedded.com
adresse postale:
53-659 Wrocław (Pologne), ul. Władysława Sikorskiego 26
2. Dans tous les cas, les assurés et les bénéficiaires peuvent introduire une réclamation auprès du médiateur de l'assurance 2 mois après que leur réclamation écrite nous a été envoyée pour la première fois, et dans un délai d'un an à compter de leur première réclamation, pour:
 - a) l'examen de l'affaire ou
 - b) mener une procédure extrajudiciaire pour résoudre un litige entre un client et une entité des marchés financiers.
 La plainte auprès du médiateur des assurances peut être introduite de la manière suivante:
 - Soit en envoyant une lettre à l'adresse suivante:
Le Médiateur de l'Assurance TSA 50110
75441 Paris Cedex 09
 - Soit en remplissant le formulaire électronique accessible sur le site du médiateur: <https://www.mediation-assurance.org/>
3. Dans le cas de contrats conclus par voie électronique (en ligne), si les conducteurs ou le titulaire de la police d'assurance sont des consommateurs et résident dans un pays de l'Union européenne (également: Norvège, Islande, Liechtenstein), ils ont la possibilité de soumettre une plainte à une entité autorisée à mener des procédures de résolution extrajudiciaire des litiges de consommation via la plateforme de résolution des litiges en ligne de l'Union européenne (ODR) disponible à l'adresse: <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>
4. La réception de la plainte sera confirmée dans un délai de 10 jours ouvrables à compter de la date d'envoi de la plainte et, en tout état de cause, une réponse sera apportée à la plainte dans les meilleurs délais et au plus tard dans les 30 jours suivant sa réception. La date de la réponse est considérée comme la date d'envoi.
5. si, dans des cas particulièrement complexes, l'assureur n'est pas en mesure de répondre à la plainte dans un délai de 30 jours, l'assuré sera informé sur les points suivants :
 - 1) Quelles sont les raisons du retard?
 - 2) Quelles sont les circonstances que nous devons encore connaître pour examiner l'affaire ?
 - 3) Quel est le nouveau délai de réponse? Il ne peut excéder 2 mois à compter de la date d'envoi de la plainte.
6. L'assureur répond aux plaintes sur papier ou sur un autre support d'information durable. Nous ne répondons aux plaintes par voie électronique qu'à la demande de la personne qui les a déposées.

Avis et déclarations - quand et comment les soumettre

Déclaration à la conclusion du contrat:

INDÉPENDAMMENT DES CAUSES ORDINAIRES DE NULLITÉ, ET SOUS RÉSERVE DES DISPOSITIONS DE L'ARTICLE L. 132-26, LE CONTRAT D'ASSURANCE EST NUL EN CAS DE RÉTICENCE OU DE FAUSSE DÉCLARATION INTENTIONNELLE DE LA PART DE L'ASSURÉ, QUAND CETTE RÉTICENCE OU CETTE FAUSSE DÉCLARATION CHANGE L'OBJET DU RISQUE OU EN DIMINUE L'OPINION POUR L'ASSUREUR, ALORS MÊME QUE LE RISQUE OMIS OU DENATURE PAR L'ASSURÉ A ÉTÉ SANS INFLUENCE SUR LE SINISTRE.

LES PRIMES PAYÉES DEMEURENT ALORS ACQUISES À L'ASSUREUR, QUI A DROIT AU PAIEMENT DE TOUTES LES PRIMES DUES À TITRE DE DOMMAGES ET INTÉRÊTS.

Déclaration pendant notre période de responsabilité:

Tous les avis et déclarations peuvent être transmis par voie électronique, à moins que la loi ou le contrat d'assurance n'en disposent autrement, ou que vous ou le demandeur n'exprimiez la volonté d'utiliser une autre forme de communication.

Les parties doivent s'informer mutuellement de toute modification des données fournies dans le contrat d'assurance en soumettant une déclaration sur la modification des données d'assurance.

Prescription

Toute action dérivant du contrat d'assurance est prescrite par 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Article L114-1 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: 1° En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance; 2° En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là. Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré».

Article L114-2 du code des assurances

«La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressés par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le paiement de l'indemnité».

Article 2240 du code civil

La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription.

Article 2241 du code civil

La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion.

Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure.

Article 2242 du code civil

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

Article 2243 du code civil

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

Article 2244 du code civil

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

Article 2245 du code civil

L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers.

En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu.

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

Article 2246 du code civil

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

Article L114-3 du code des assurances

Par dérogation à l'article 2254 du code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

Dispositions finales

1. Les conditions générales sont régies par le droit français.
2. Les litiges découlant du contrat d'assurance peuvent être résolus à l'amiable.
3. Toute action en réclamation découlant d'un contrat d'assurance conclu sur la base des CGA peut être portée devant un tribunal compétent en vertu des dispositions relatives à la compétence générale ou devant un tribunal compétent pour le lieu de résidence du preneur d'assurance, de l'assuré ou de l'héritier.
4. La langue utilisée dans les relations mutuelles entre les parties est le français. Toutefois, l'anglais peut également être utilisé à la demande de la personne assurée ou du bénéficiaire,