

Fédération Française de Parachutisme



Contrat

Individuelle Accident Complémentaire FFP
2026

N° FR00047869AV26A

1^{er} Janvier 2026
31 Décembre 2026



Contrat : Individuelle Accident Complémentaire FFP

Réf Contrat FR00047869AV26A

Assureur XL Insurance Company SE, Succursale Française
Tour Majunga, 6 place de la pyramide, La Défense 9, Puteaux 92800 - France
RCS Nanterre 419 408 927
Siège Social : XL Insurance Company SE, compagnie d'assurance de droit irlandais au capital de 259 156 875 euros, domiciliée Wolfe Tone House, Wolfe Tone Street, Dublin 1, D01 HP90, Irlande sous le numéro 641686.

Souscripteur : FEDERATION FRANCAISE DE PARACHUTISME
62 Rue de Fécamp
75012 PARIS

Date d'effet : 1^{er} janvier 2026, 00h00

Date d'expiration : 31 décembre 2026, 24h00

Intermédiaire : SAAM VERSPIEREN GROUP
60 rue de la chaussée d'Antin
75009 PARIS

Nature de l'assurance : Individuelle Accident Complémentaire FFP

XL Insurance Company SE

Tour Majunga, 6 place de la pyramide, La Défense 9, Puteaux 92800, France

Telephone: +33 1 56 92 80 00 axaxl.com

XL Insurance Company SE, une société européenne au capital de 259 156 875 euros, domiciliée Wolfe Tone House, Wolfe Tone Street, Dublin 1, D01 HP90, Ireland sous le numéro 641686, compagnie d'assurance autorisée et contrôlée par la Central Bank of Ireland (www.centralbank.ie)

XL Insurance Company SE, Succursale française : Tour Majunga, 6 place de la pyramide, La Défense 9, Puteaux 92800 , enregistrée au RCS de Nanterre sous le numéro 419 408 927.

Directors: T. Barry, X. Veyry (FR), D. Guest, D. Palici-Chehab (FR), F. Blanc (FR), J. O'Neill, H. Browne M. Audrin.

SOMMAIRE

SOMMAIRE	3
I - DISPOSITIONS GENERALES	4
Article 1.1 Souscripteur :	4
Article 1.2 Intermédiaire :	4
Article 1.3 Objet de l'assurance :	4
Article 1.4 Assurés :	4
Article 1.5 Activités assurées :	4
Article 1.6 Application de la garantie dans le temps et limites des garanties :	5
Article 1.7 Entrée en vigueur et durée du contrat :	6
Article 1.8 Déclaration des risques :	7
Article 1.9 Assurances multiples :	7
Article 1.10 Traitement des réclamations :	8
Article 1.11 Loi, Juridiction et Arbitrage :	8
Article 1.12 Protection des données à caractère personnel :	9
Article 1.13 Définitions :	11
II - GARANTIES ACCORDEES AUX ASSURES	12
Article 2.1 Objet et étendue des garanties :	12
Article 2.2 Prise d'effet et durée de l'adhésion :	12
Article 2.3 Droit de renonciation de l'Assuré :	13
Article 2.4 Limites géographiques :	13
Article 2.5 Obligations de l'Assuré :	14
Article 2.6 Nature et montant des indemnités garanties :	14
Article 2.7 EXCLUSIONS :	17
III – FORMULES DE GARANTIES ET PRIMES	19
Article 3.1 Formules de garanties et primes applicables :	19
Article 3.2 Modalité du paiement de la prime :	19
IV – DISPOSITIONS RELATIVES AUX SINISTRES	21
Article 4.1 Déclaration des sinistres :	21
Article 4.2 Clause de sauvegarde :	21
Article 4.3 Constatation et expertise :	22
Article 4.4 Pièces de règlement :	22
Article 4.5 Paiement de l'indemnité :	23
Article 4.6 Recours contre les tiers responsables :	23
Article 4.7 Procédures et Transactions :	23
Article 4.8 Prescription :	24
V – DISPOSITIONS FINALES	26
Article 5.1 Placement du contrat :	26
Article 5.2 Déclarations et Signatures :	26
VI- ANNEXES AU CONTRAT	27

I - DISPOSITIONS GENERALES

Le présent contrat est régi par la loi française et en particulier par les dispositions du Titre I et II du Livre 1^{er} du Code des Assurances, ci-après dénommé le « Code » et par les dispositions qui suivent.

La garantie complémentaire ci-après est prise en application de l'article 38 de la loi N° 84-610 du 16 juillet 1984.

Il est rappelé que la garantie objet du présent contrat n'est pas obligatoire et ne s'applique que dans l'hypothèse d'une souscription spécifique du licencié et est conditionnée au paiement de la prime correspondante.

Article 1.1 Souscripteur :

FEDERATION FRANCAISE DE PARACHUTISME
62 Rue de Fécamp
75012 PARIS

Article 1.2 Intermédiaire :

SAAM VERPSIEREN GROUP
60 Rue de la Chaussée d'Antin
75009 PARIS

Article 1.3 Objet de l'assurance :

Le présent contrat est destiné aux seuls titulaires d'une licence en cours de validité de la Fédération Française de Parachutisme et a pour objet de garantir le paiement des indemnités définies à l'article 2.6 ci-après, en cas d'accident corporel pouvant atteindre l'Assuré, dans les conditions et limites définies par le présent contrat.

Il complète au profit du licencié, Assuré au titre du présent contrat, les montants d'indemnisation prévus au sein des Garanties de base du contrat N° FR00019401AV26A souscrit auprès d'XL INSURANCE COMPANY SE.

Le présent contrat est sans effet :

- lorsqu'une interdiction de fournir un contrat ou un service d'assurance s'impose à l'Assureur du fait de sanction, restriction ou prohibition prévues par les lois et règlements,
- OU
- lorsque les biens et/ou les activités assurées sont soumis à une quelconque sanction, restriction, embargo total ou partiel ou prohibition prévus par les lois et règlements.

Article 1.4 Assurés :

Toute personne physique titulaire d'une licence en cours de validité auprès de la FFP ayant expressément souscrit l'assurance Individuelle Accidents Corporels de base FFP et l'assurance Individuelle Accident Complémentaire FFP.

Article 1.5 Activités assurées :

Les garanties sont acquises suite à tout accident survenant dans le cadre des activités telles que définies ci-après.

a) Sauts et vols de tous types (sauts d'aéronef, parachutisme ascensionnel et parapente) réalisés au sein des structures agréées dans le cadre des usages suivants :

- Sauts et vols exécutés pour le loisir,
- Sauts et vols exécutés dans le cadre de la pratique du parachutisme de « Haut niveau » pour les Sportifs de Haut Niveau de la Défense (SHND) civils ou militaires affectés au CNSD,

- Formation, le moniteur devant être titulaire de la licence-assurance fédérale et des qualifications requises en cours de validité,
- Sauts et vols d'initiation y compris ceux effectués en tandem dans le cadre de la promotion de l'activité ou à titre onéreux,
- Sauts et vols de Présentation lors de manifestations aériennes, Meetings ou Salons Aéronautiques,
- Participation à des compétitions nationales et internationales,
- Activité de vidéo parachutisme,
- Vol en soufflerie,
- Vol chariot non motorisé,

A l'exclusion du BASE JUMP, DU PARALPINISME ET DU SPEED-RIDING.

b) Les garanties sont étendues aux activités pratiquées en dehors de ces structures dans les conditions suivantes :

- La pratique du parachutisme : pour les titulaires du brevet de parachutiste autonome (BPA) ou qualifications d'un niveau supérieur,
- La pratique du parapente : pour les titulaires des qualifications requises en relation avec cette activité,
- La pratique du parachutisme ascensionnel exclusivement réservée à des titulaires du brevet B ou C de parachutisme ascensionnel, avec le concours d'un Technicien Fédéral Ascensionnel dont la qualification est en cours de validité.

La garantie de la couverture d'assurance fédérale est acquise pour la pratique des titulaires de brevets B ou C de parachutisme ascensionnel à des séances d'entraînement à la Précision d'Atterrissage.

Les vols actifs seront effectués dans le cadre de conformité de la pratique et de sécurité tels que définis dans le Guide du Moniteur Fédéral Ascensionnel dans les conditions suivantes :

- Moyen de traction ou de treuillage conforme aux exigences fédérales de sécurité,
- Terrain adapté à la pratique de la discipline avec l'autorisation du propriétaire et information à la mairie concernée pour une activité limitée à 1000 pieds/sol, et autorisation de la DGAC pour une activité dépassant 1000 pieds/sol,
- Technicien Fédéral Ascensionnel qualifié à jour de sa licence FFP,
- Pratiquants brevetés B ou C de parachutisme ascensionnel à jour de licence FFP,
- Présence possible mais non obligatoire de 2 assistants pour le gonflage de la voilure selon la pratique effectuée (« tracté » ou « treuillé »).
- Les sauts et vols de présentation ou de démonstration lors de Meetings ou Salons Aéronautiques et lors de manifestations sportives ou de compétitions sportives, sous condition de demande préalable auprès de la FFP au moins quinze (15) jours avant l'évènement considéré,
- **et dans les limites géographiques visées à l'article 2.4.**
- L'enseignement, l'animation et l'encadrement du parachutisme est garanti, qu'ils soient pratiqués au sein des structures fédérales ou bien en dehors de celles-ci, uniquement sur le territoire métropolitain et les DROM POM COM TOM. Les assurés (moniteurs ou Sportifs de Haut Niveau inscrits sur la liste officielle de la FFP) doivent être titulaires de la licence-assurance fédérale (garantie Individuelle Accidents Corporels) et des qualifications requises en cours de validité.

c) Activités aéronautiques liées à la pratique sportive, les vols en soufflerie, les entraînements au sol, en lien direct avec la pratique sportive, effectués dans l'enceinte des structures agréées ou dans les locaux utilisés à cet effet par ces dernières.

Article 1.6 Application de la garantie dans le temps et limites des garanties :

La garantie est délivrée sous réserve :

- du respect :
 - a) des conditions de garanties prévues à l'article 2.5 ci-après;
 - b) de l'application de l'étendue des garanties prévue à l'article 2.1, des clauses d'activités assurées prévues à l'article 1.5 et de limites géographiques prévues à l'article 2.4 ci-après ;
- des limites de garanties prévues à l'article 2.6 ci-après.
- des exclusions prévues à l'article 2.7 Exclusions.

Article 1.7 Entrée en vigueur et durée du contrat :

A – Prise d'effet et durée du contrat

Le présent contrat souscrit auprès XL INSURANCE COMPANY SE, Succursale française, par la FFP entre en vigueur à compter du 1er janvier 2026, à 00h00.

Il expire de plein droit le 31 décembre 2026, à 24H00, sauf résiliation anticipée par le Souscripteur ou par l'Assureur dans les cas prévus ci-après.

Tout avenant émis au titre du présent contrat entrera en vigueur à la date d'effet figurant sur ledit avenant.

B – Résiliation

Le contrat peut être résilié avant sa date d'expiration normale dans les cas et conditions ci-après :

1) Par l'Assureur :

- En cas de non-paiement de la prime ou d'une fraction de celle-ci (article L. 113-3 du Code) ;
 - En cas d'aggravation du risque (articles L. 113-4 du Code) ; toutefois, les activités assurées définies ci-dessus sont données à titre indicatif et non limitatif ; l'Assureur reconnaît avoir suffisamment apprécié les risques liés aux activités de l'Assuré et de ce fait, s'engage à ne pas se prévaloir d'une absence de définition ou dénomination dans la nature et la désignation des risques au jour du sinistre à l'encontre de l'Assuré ou de tout tiers ; l'Assuré ne sera tenu de ne déclarer que les aggravations de risque substantielles.
 - En cas d'omission ou d'inexactitude dans la déclaration du risque à la souscription ou en cours de contrat (article L. 113-9 du code) ; toutefois, les activités assurées définies ci-dessus sont données à titre indicatif et non limitatif ; l'Assureur reconnaît avoir suffisamment apprécié les risques liés aux activités de l'Assuré et de ce fait, s'engage à ne pas se prévaloir d'une absence de définition ou dénomination dans la nature et la désignation des risques au jour du sinistre à l'encontre de l'Assuré ou de tout tiers sauf s'il rapporte la preuve de la mauvaise foi de l'Assuré ;
 - Après sinistre, la résiliation par l'Assureur prenant effet à l'expiration d'un délai de trente (30) jours à dater de sa notification à l'Assuré (article R. 113-10 du Code) ; L'Assuré a alors le droit de résilier les autres contrats d'assurances souscrits auprès de l'Assureur, la résiliation prenant effet à l'expiration d'un délai de trente (30) jours à dater de la notification à l'assureur (article R. 113-10 du Code).
- Cette résiliation des autres contrats à l'initiative de l'assuré n'est possible que pendant une période de trente (30) jours décomptée à partir de la notification par l'assureur de la résiliation de la police sinistrée.

2) Par le Souscripteur :

- En cas de diminution du risque si l'Assureur ne consent pas la diminution de prime correspondante (article L. 113-4 du Code).
- En cas de résiliation par l'Assureur d'un autre contrat du Souscripteur après sinistre (article R. 113-10 du Code).

3) Par l'administrateur judiciaire :

- En cas de redressement ou de liquidation judiciaire, pendant la période où le contrat continue à produire ses effets, la prime ou la fraction de prime correspondant à cette période reste due.

4) De plein droit :

- En cas de retrait total de l'agrément de l'Assureur (article L. 326-12 du Code) ;

Dans tous les cas de résiliation au cours d'une période d'assurance, la partie de prime afférente à la fraction de cette période postérieure à la résiliation n'est pas acquise à l'Assureur. Elle doit être remboursée au Souscripteur si elle a été perçue à l'avance. **Toutefois, cette partie de prime reste acquise à l'Assureur à titre d'indemnité en cas de non-paiement de la prime ou d'une fraction de celle-ci.**

Lorsque le Souscripteur a la faculté de résilier le contrat, conformément à l'article L. 113-14 du Code des assurances, il pourra le notifier à l'assureur soit par une déclaration faite contre récépissé au siège social ou chez le représentant de l'assureur, soit par acte extrajudiciaire, soit par lettre recommandée, soit par lettre ou tout autre support durable, ou lorsque l'assureur propose la conclusion de contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication.

Article 1.8 Déclaration des risques :

a) Déclaration des risques

Le présent contrat est établi d'après les déclarations du Souscripteur ou de l'Assuré. En conséquence, le Souscripteur ou l'Assuré doit indiquer à l'Assureur, sous peine des sanctions prévues ci-dessous, toutes les circonstances connues de lui pouvant permettre l'appréciation du risque et, notamment, toute résiliation par un précédent Assureur ayant frappé une assurance couvrant, en tout ou partie, les risques de même nature que le présent contrat.

En cours de contrat, le souscripteur ou l'Assuré doit déclarer à l'Assureur, par lettre recommandée avec AR, toutes les modifications du risque limitativement spécifiées au présent contrat.

Cette déclaration doit être faite préalablement à la modification, si celle-ci résulte du Souscripteur ou de l'Assuré, et, dans les autres cas, dans les quinze (15) jours à partir du moment où il en a eu connaissance.

Lorsque la modification constitue une aggravation au sens de l'article L. 113-4 du Code, **la déclaration est faite sous peine des sanctions prévues ci-dessous**, et l'Assureur peut, dans les conditions fixées par cet article,

- soit résilier le contrat moyennant préavis de dix (10) jours ; l'Assureur doit alors rembourser à l'Assuré la portion de prime ou de cotisation afférente à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru.
- soit proposer un nouveau taux de prime ; Si le Souscripteur n'accepte pas ce nouveau taux, l'Assureur peut résilier le contrat à l'expiration d'un délai de trente (30) jours courant à compter de la proposition.

Toutefois, l'Assureur ne peut plus se prévaloir de l'aggravation des risques quand, après en avoir été informé de quelque manière que ce soit, il a manifesté son consentement au maintien de l'assurance, spécialement en continuant à recevoir les primes ou en payant, après un sinistre, une indemnité.

TOUTE RÉTICENCE OU DÉCLARATION INTENTIONNELLEMENT FAUSSE, TOUTE OMISSION OU DÉCLARATION INEXACTE, PAR LE SOUSCRIPTEUR OU L'ASSURÉ, DE CIRCONSTANCES DU RISQUE CONNUES DE LUI, ENTRAÎNENT L'APPLICATION DES SANCTIONS PRÉVUES (SUIVANT LE CAS) AUX ARTICLES L. 113-8 (NULLITÉ DU CONTRAT) ET L. 113-9 (RÉDUCTION DES INDEMNITÉS) DU CODE.

Article 1.9 Assurances multiples :

Le Souscripteur est tenu, à la souscription, de déclarer à l'Assureur toutes assurances en cours pour les risques qu'il fait garantir par le présent contrat (article L. 121-4 du Code) en précisant le nom du ou des autres Assureurs et les montants assurés.

En cours de contrat, le Souscripteur devra déclarer à l'Assureur dans des conditions analogues à celles prévues au 3^{ème} alinéa de l'article 1.9 ci-dessus, toutes assurances qui viendraient, à sa connaissance, à couvrir les mêmes risques que le présent contrat.

SI PLUSIEURS CONTRATS SONT SOUSCRITS, POUR UN MÊME RISQUE, DE MANIÈRE DOLOSIVE OU FRAUDULEUSE, LES SANCTIONS PRÉVUES À L'ARTICLE L. 121-3 DU CODE (NULLITÉ DU CONTRAT ET DOMMAGES ET INTÉRÊTS) SERONT APPLICABLES. S'ils sont souscrits sans fraude, chacun d'eux s'appliquera dans la limite de garantie prévue audit contrat dans le respect des dispositions de l'article L. 121-1 du code, l'Assuré ayant dans cette limite la faculté de s'adresser à l'Assureur de son choix.

Article 1.10 Traitement des réclamations :

Le présent article concerne la réception, l'organisation du traitement et le suivi des Réclamations au sens des Recommandations de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR).

Une Réclamation est l'expression d'un mécontentement de l'Assuré envers l'Assureur quel que soit l'interlocuteur ou le service auprès duquel elle est formulée. Une demande de service ou de prestation, une demande d'information, de clarification ou une demande d'avis n'est pas une Réclamation (ci-après « Réclamation »).

La formulation d'une Réclamation auprès de l'Assureur

L'Assuré peut adresser une Réclamation écrite, en précisant le numéro de contrat et/ou de sinistre ainsi que ses coordonnées complètes :

- auprès de son interlocuteur habituel ;
- auprès du Service Réclamations :
 - par courrier à l'adresse suivante : Service Réclamations -Département Conformité et Affaires Réglementaires –
XL Insurance Company SE - Tour Majunga - La Défense 9, 6 place de la Pyramide, 92800 Puteaux (France)
 - par courriel à l'adresse suivante : reclamations.clients@axaxl.com
- via le site internet XLIC SE à l'adresse suivante : <https://axaxl.com/fr/contact-us#complaints>

La gestion de la Réclamation par l'Assureur

L'Assureur accusera réception de la Réclamation dans un délai de dix (10) jours ouvrables à compter de la date d'envoi de la Réclamation (cachet de La Poste faisant foi ou date d'envoi du courrier électronique).

L'Assureur étudiera avec le plus grand soin la Réclamation portée par l'Assuré.

L'Assuré recevra une réponse de l'Assureur dans les meilleurs délais et au maximum deux (2) mois, à compter de la date d'envoi de la Réclamation.

La saisine de la Médiation de l'assurance (LMA) :

L'Assuré peut saisir gratuitement la Médiation de l'Assurance (LMA) en cas d'absence de réponse ou de réponse non satisfaisante de l'Assureur, dans le délai de deux (2) mois à compter de la date d'envoi de la Réclamation :

- par courrier à l'adresse suivante : La Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09 (France)
- par voie électronique, en complétant le formulaire de saisine de la LMA disponible à l'adresse suivante : <https://www.mediation-assurance.org/>

La LMA doit être saisie dans un délai maximum d'un (1) an à compter de la Réclamation écrite auprès de l'Assureur. Si elle s'estime compétente, la LMA formulera un avis dans les quatre-vingt-dix (90) jours à compter de la réception du dossier complet. Son avis ne s'impose pas aux parties et laisse la possibilité à l'Assuré de saisir les juridictions françaises compétentes.

Article 1.11 Loi, Juridiction et Arbitrage :

Le présent contrat est soumis à la Loi Française.

Tout différend relatif à l'exécution de la police relève de la compétence des juridictions françaises.

Pour tout litige relatif à la fixation et au règlement des indemnités dues, le tribunal compétent est celui du domicile de l'Assuré ou, s'il s'agit d'assurances contre les accidents de toute nature, l'assuré peut assigner l'assureur devant le tribunal du lieu où s'est produit le fait dommageable (article R. 114-1 du Code).

Par ailleurs, en cas de désaccord avec les Assureurs, l'avis du médiateur de la Fédération Française des Sociétés d'Assurances pourra être demandé préalablement à toute action en justice.

Article 1.12 Protection des données à caractère personnel :

Vos données personnelles sont traitées conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978, modifiée, au Règlement Général européen sur la Protection des Données personnelles du 27 avril 2016 et à la loi du 20 juin 2018 relative à la protection des données personnelles.

La FFP et SAAM VERSPIEREN GROUP recueillent vos données personnelles et les utilisent pour la gestion de vos garanties d'assurance et pour la relation fédérale et commerciale. Elles sont destinées prioritairement à la FFP et à SAAM VERSPIEREN GROUP, intermédiaire en assurance, en tant que responsables de traitement, mais également aux différents organismes assureurs et partenaires avec qui SAAM VERSPIEREN GROUP travaille en relation avec ces produits.

Nous conservons vos informations personnelles tout au long de la vie de votre contrat. Elles sont également traitées dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme. Le défaut de réponse aux informations obligatoires peut avoir pour conséquence le non-traitement de votre dossier. Les données facultatives sont signalées. Une fois ce dernier terminé, elles sont conservées pendant le délai de prescription.

Vous gardez tout loisir d'accéder à vos données personnelles, de demander leur modification, rectification, portabilité ou effacement et de vous opposer à leur utilisation.

Qui reçoit les données personnelles des licenciés ?

Les données à caractère personnel recueillies sont traitées par :

- En sa qualité d'entreprise d'assurance couvrant les risques prévus au titre du présent contrat : XL Insurance Company SE, Succursale Française, Société Européenne de droit Irlandais enregistré au CRO sous le numéro 641686, au capital de 259 156 875 € - enregistrée au RCS de Paris sous le n°419 408 927 RCS dont le siège social se situe Tour Majunga - La Défense 9, 6 place de la Pyramide à 92800 Puteaux, France, en sa qualité de responsable de traitement.

La politique en matière de protection des données à caractère personnel de AXA XL est disponible sur le lien suivant : <https://axaxl.com/fr/privacy-notice>

Adresse électronique : dataprivacy@axaxl.com

Téléphone : + 33 1 56 92 80 00 – Télécopie : + 33 1 56 92 80 01

- En sa qualité d'intermédiaire en assurance mandaté par la FFP : SAAM VERSPIEREN GROUP, Société par actions simplifiée au capital de 139.261,77 euros, enregistrée au RCS de Paris sous le n° 572 031 870 et dont le siège social se situe 60 rue de la chaussée d'Antin, 75009 PARIS, en sa qualité de responsable de traitement.

Adresse électronique : dposaam@saam-assurance.com

- En sa qualité de Fédération Sportive : La FFP, association déclarée, enregistrée au RNA sous le n°W751019571, n° SIREN 784405912, et dont l'adresse se situe au 62 rue de Fécamp, 75012 Paris, en sa qualité de responsable de traitement.

Quel type de données sont collectées ?

Les données à caractère personnel collectées peuvent comprendre :

- Nom, adresse, numéro de téléphone, courriel
- État civil
- Lieu et date de naissance
- Certificats médicaux de non-contre-indication à la pratique sportive
- Numéros d'identification par les autorités gouvernementales, sécurité sociale,
- Données bancaires

A noter : pour le traitement de sinistres comportant des données d'ordre médical, un formulaire de consentement sera adressé préalablement par les services Sinistres de l'Assureur ou de l'intermédiaire SAAM VERSPIEREN GROUP aux personnes concernées.

Pourquoi collectons-nous les données à caractère personnel des licenciés ?

Nous pouvons collecter vos données à caractère personnel pour les finalités suivantes :

- Gestion des licences
- Évaluation des risques à couvrir
- Modélisation et souscription du risque
- Communications au service clientèle

- Paiements à des personnes/émanant de personnes
- Gestion des demandes d'indemnités d'assurance
- Conformité avec des obligations légales ou réglementaires
- Activités de marketing direct
- Conformité avec des obligations légales ou réglementaires
- Activités de marketing direct

Où les données personnelles vont-elles ?

Les informations enregistrées sont réservées à l'usage des départements Souscription, Opérations, Indemnisation, Finance, Communication, Direction Juridique et Conformité, et ne seront communiquées qu'aux destinataires suivants lorsque cela est nécessaire pour mettre en oeuvre les Finalités de traitement précitées :

- les experts de compagnies, les conseils juridiques, techniques et financiers de l'Assureur,
- les prestataires de services et sous-traitants de l'Assureur,
- les coassureurs ou réassureurs de l'Assureur,
- les intermédiaires d'assurance ou de réassurance,
- tout autre tiers dont l'implication est nécessaire à la réalisation des Finalités de traitement.

Certains de ces destinataires peuvent être situés en dehors de l'Union Européenne.

Cela peut être le cas des experts de compagnies, conseils juridiques, techniques et financiers, prestataires de services et sous-traitants de l'Assureur impliqués dans la gestion d'un sinistre survenu en dehors de l'Union Européenne.

Ces destinataires n'auront communication que des informations strictement nécessaires à la réalisation des Finalités de traitement précitées. L'Assureur continuera à protéger les données à caractère personnel transférées en conformité avec toutes les exigences en vigueur en matière de confidentialité.

Pendant combien de temps conservons-nous les données ?

Vos données à caractère personnel ne sont conservées qu'aussi longtemps que cela sera nécessaire pour vous fournir des services en vertu de votre contrat. Plus particulièrement, vos données sont conservées aussi longtemps qu'une demande d'indemnités pourra être introduite en vertu du présent contrat, ou si l'Assureur ou SAAM VERSPIEREN GROUP sont tenus de conserver vos données à caractère personnel pour satisfaire à des obligations légales ou réglementaires.

Les droits des licenciés

Dans certaines conditions, vous avez le droit :

- De recevoir une copie des données à caractère personnel collectées auprès de vous
- D'obtenir davantage de détails sur l'utilisation faite de vos données
- D'actualiser ou de corriger les données à caractère personnel détenues sur vous
- D'exiger de supprimer toute donnée à caractère personnel pour l'utilisation de laquelle l'Assureur n'a plus de motif licite
- De limiter l'utilisation par l'Assureur de vos données à caractère personnel
- Si vous n'êtes pas satisfait de l'utilisation de vos données à caractère personnel, de déposer une plainte auprès de l'autorité de surveillance compétente.

Il existe des conditions spécifiques dans lesquelles l'Assureur peut avoir besoin de limiter les droits décrits ci-dessus, afin de sauvegarder l'intérêt public (par ex. la prévention ou la détection d'une infraction) ou ses propres intérêts (par ex. pour maintenir le secret professionnel).

A qui les licenciés peuvent-ils s'adresser ?

Veuillez adresser toute question relative à nos pratiques en matière de confidentialité à :

XL INSURANCE COMPANY SE
à l'attention du Délégué à la Protection des Données
Tour Majunga - La Défense 9 6 place de la Pyramide - 92800 Puteaux

SAAM VERSPIEREN GROUP
à l'attention du Délégué à la Protection des Données
60 rue de la Chaussée d'Antin - 75009 PARIS

FFP
62 rue de Fécamp - 75012 Paris

Article 1.13 Définitions :

Accident :

Définition générale : tout événement soudain, imprévisible, extérieur à la victime ou à la chose endommagée et constituant la cause d'un dommage corporel ou matériel.

Au sens de la garantie « Individuelle accidents corporels » du présent contrat et par extension, l'Assureur garantit les maladies qui seraient la conséquence directe d'atteintes corporelles accidentelles. Sont spécifiquement considérés comme constituant un « événement soudain, imprévisible, extérieur » : l'insolation, la noyade, l'hydrocution, l'asphyxie, l'attentat, l'agression, les actes de terrorisme, les morsures d'animaux, les piqures d'insectes, les empoisonnements dus à l'absorption de substances toxiques ou corrosives.

Il est entendu que la notion d'accident (définition générale et au sens de la garantie « Individuelle accidents corporels ») ne recouvre pas les situations dans lesquelles une cause physiologique préexistante ou concomitante a contribué, même partiellement, à la survenance de l'événement dommageable. En conséquence, si un état de santé antérieur ou une condition médicale de la victime a participé à l'initiation ou à l'aggravation de l'événement dommageable, celui-ci ne sera pas considéré comme un accident au sens de la clause susmentionnée.

Assureur :

XL Insurance Company SE, une société européenne au capital de 259 156 875 euros, domiciliée à Wolfe Tone House, Wolfe Tone Street, Dublin 1, D01 HP90, Ireland sous le numéro 641686, compagnie d'assurance autorisée et contrôlée par la Central Bank of Ireland (www.centralbank.ie)

XL Insurance Company SE, Succursale française : Tour Majunga - La Défense 9, 6 place de la Pyramide 92800 PUTEAUX, PARIS, FRANCE, enregistrée au RCS de Paris sous le numéro 419 408 927.

Garanties de base :

Garantie Individuelle Accidents Corporels de base souscrite par la FFP pour le compte des licenciés au travers du contrat N°FR00019401AV26A auprès d'XL INSURANCE COMPANY SE (Chapitre VI).

Sinistre :

Le Sinistre est la survenance d'un Accident. Tous les Dommages imputables à un même Accident forment un seul et même Sinistre.

II - GARANTIES ACCORDEES AUX ASSURES

Article 2.1 Objet et étendue des garanties :

Le présent contrat a pour objet d'accorder aux Assurés les garanties suivantes :

- Le versement, en cas de décès, d'un capital tel que défini à l'article 2.6 a) du présent contrat ;
- Le versement, en cas d'invalidité permanente, d'un capital tel que défini à l'article 2.6 b) du présent contrat ;
- Le versement d'indemnités journalières telles que définies à l'article 2.6 c) du présent contrat, si cette option a été préalablement souscrite.

- **Les garanties du présent contrat sont acquises suite à tout accident survenant dans le cadre des activités définies à l'article 1.5.**
- **Les garanties sont étendues à l'occasion de tout trajet direct entre le lieu de résidence de l'Assuré et le lieu d'exercice de l'activité, situés en République Française.**

Article 2.2 Prise d'effet et durée de l'adhésion :

a) Prise d'effet de l'adhésion :

La garantie prend effet aux date et heure auxquelles l'adhérent a souscrit et s'est acquitté du règlement de l'assurance Individuelle Accident Complémentaire FFP et au plus tôt à compter du 1er janvier 2026, à 00H00. Elle expirera de plein droit au 31 Décembre 2026 à 23h59.

b) Modalités de prise d'effet de la garantie

- Si l'adhérent s'acquitte de son adhésion par courrier : la garantie est acquise à compter de la date figurant sur la demande d'adhésion sans que cette date puisse être antérieure à la date figurant sur le cachet de la poste et sous réserve du paiement de la prime.
- Si l'adhérent s'acquitte de son adhésion par e-mail : la garantie est acquise à compter de la date figurant sur la demande d'adhésion sans que cette date puisse être antérieure à la date figurant sur le mail dûment reçu par l'intermédiaire et sous réserve du paiement de la prime.
- Si l'adhérent s'acquitte de son adhésion en ligne sur le site www.saam-assurance.com, la prise d'effet de la garantie est acquise dès réception du courriel de confirmation automatique par l'adhérent.

c) Date d'expiration de l'adhésion :

- Licence annuelle : 31 décembre 2026
- Licence automne : 31 décembre 2026
- Licence stage 30 jours consécutifs : à la fin de la période de validité de la licence Stage 30 jours consécutifs.
- Licence initiation : à la fin de la période de validité de la licence initiation.
- Licence Tandem : 31 décembre 2026
- Licence découverte soufflerie : à la fin de la période de validité de la licence découverte.

Article 2.3 Droit de renonciation de l'Assuré :

Les dispositions suivantes s'appliquent à l'Assuré uniquement s'il a souscrit le présent contrat en qualité de personne physique à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, par voie de démarchage ou de vente à distance (souscription sur le site internet).

L'Assuré bénéficie alors d'un délai de renonciation de quatorze (14) jours calendaires à compter du jour de la souscription du présent contrat ou du jour où il reçoit les conditions contractuelles, si cette dernière date est postérieure à la date de conclusion de l'adhésion, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités.

Cette faculté ne s'applique que lors de la conclusion de l'adhésion initiale pour les adhésions au contrat renouvelable par tacite reconduction.

Pour faire valoir ce droit, il doit adresser une lettre recommandée avec accusé de réception datée et signée, adressée à SAAM VERSPIEREN GROUP – 60 rue de la Chaussée d'Antin – 75009 PARIS - en recopiant la mention suivante « Je soussigné(e), (nom, prénom, adresse) souhaite renoncer au contrat n°« FR00047869AV26A » souscrit auprès d'XL INSURANCE COMPANY SE, Succursale française, que j'ai souscrit le « JJ/MM/AAAA ». J'atteste n'avoir connaissance à la date d'envoi de cette lettre, d'aucun sinistre mettant en jeu une garantie du contrat depuis mon acceptation de la présente offre. Date et signature.

Dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat, l'Assuré ne peut plus exercer ce droit de renonciation.

L'exercice du droit de renonciation emporte résiliation de plein droit du contrat d'assurance à compter de la date de réception de la lettre recommandée mentionnée ci-dessus.

L'Assuré ne peut être tenu qu'au paiement de la partie de prime ou de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, cette période étant calculée jusqu'à la date de la résiliation.

En cas de renonciation, et sauf mise en jeu des garanties, le montant de la cotisation acquittée sera remboursé par virement bancaire uniquement dans un délai de trente (30) jours à réception du RIB de l'Assuré.

Article 2.4 Limites géographiques :

Les limites géographiques diffèrent selon les catégories d'Assurés :

- LES PRATIQUEURS Y COMPRIS LES SPORTIFS DE HAUT NIVEAU, DETENTEURS D'UNE LICENCE OU D'UN TITRE FEDERAL « FEDERATION FRANCAISE DE PARACHUTISME » / LES PREPOSES DE LA FEDERATION FRANCAISE DE PARACHUTISME / LES CADRES TECHNIQUES DU MINISTERE DES SPORTS PLACES AUPRES DE LA FEDERATION FRANCAISE DE PARACHUTISME :

Monde Entier À L'EXCLUSION DES PAYS SUIVANTS : CUBA , VENEZUELA, BURUNDI, REGION EXTREME NORD DU CAMEROUN, RÉPUBLIQUE CENTRAFRICAINE, RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO, ETHIOPIE, KENYA, MALI, NIGERIA, NIGER, SOMALIE, RÉPUBLIQUE DU SOUDAN, SOUDAN DU SUD, AFGHANISTAN, JAMMU & KASHMIR, CORÉE DU NORD, PAKISTAN, MYANMAR, UKRAINE, RÉGIONS UKRAINIENNES DE ABKHAZIA, DONETSK & LUGANSK, NAGARNO-KARABAKH, DISTRICT FÉDÉRAL DU CAUCASE NORD, OSSETIE DU SUD, RUSSIE, BIELORUSSIE, CRIMEE, IRAN, IRAK, ISRAEL, GAZA, LIBAN, LIBYE, PROVINCE EGYPTIENNE DU NORD SINAI, SYRIE, YEMEN, ET DE TOUT PAYS OÙ L'AÉRONEF ASSURÉ EST OPÉRÉ EN VIOLATION DES SANCTIONS DES NATIONS UNIES ET/OU DE L'UNION EUROPEENNE ET/OU DE LA FRANCE ET /OU DU ROYAUME-UNI ET/OU DES ETATS-UNIS D'AMERIQUE.

- LES PREPOSES DES ENTITES DECONCENTREES, LES PILOTES LARGUEURS DANS L'EXERCICE DE LEURS FONCTIONS ET DETENTEURS D'UNE LICENCE OU D'UN TITRE FEDERAL « FEDERATION FRANCAISE DE PARACHUTISME » :

France métropolitaine, DROM, POM, COM, TOM, Europe et pays riverains de la méditerranée ET À L'EXCLUSION DE L'ALGERIE, LA LIBYE, LA SYRIE , LA RUSSIE, L'UKRAINE, LA CRIMEE, LA BIELORUSSIE, ISRAEL, GAZA, LIBAN ET DES PAYS SOUS EMBARGO DES NATIONS UNIES OU DE L'UNION EUROPEENNE., DE LA LYBIE, DE LA SYRIE ET DES PAYS SOUS EMBARGO DES NATIONS UNIS OU DE L'UNION EUROPEENNE.

Article 2.5 Obligations de l'Assuré :

Pour que la garantie soit acquise, les conditions ci-après devront être remplies :

a) Obligations relatives à l'aéronef en évolution :

- l'aéronef doit être apte au vol conformément aux prescriptions techniques réglementaires et pourvu d'un certificat de navigabilité (ou d'un laissez-passer officiel) valide et non périmé ;
- l'aéronef doit être utilisé dans les limites de son titre de navigabilité ou du document en tenant lieu et conformément aux agréments et/ou autorisations reçus par l'exploitant ;
- le personnel prenant part à la conduite de l'aéronef doit être titulaire des brevets, licences et qualifications en état de validité, exigés pour les fonctions qu'il occupe à bord et pourvu des autorisations spéciales lorsqu'elles sont nécessaires.
- L'ensemble des opérations et notamment de largage devra se faire dans le respect des normes établies par la FEDERATION FRANCAISE DE PARACHUTISME.

LA GARANTIE NE SERA PAS ACQUISE MEME SI LES ACTES CONSTITUTIFS D'UN NON-RESPECT DES OBLIGATIONS CI-DESSUS NE SONT PAS A L'ORIGINE DE L'ACCIDENT.

b) obligations relatives à l'enseignement et à la pratique du parachutisme :

L'ensemble des activités déclarées et couvertes au titre du présent contrat dans son article 1.5 devra s'exercer dans le respect des lois et règles applicables à ces activités et notamment des règles édictées par la FEDERATION FRANCAISE DE PARACHUTISME au titre de la délégation qu'elle a reçue du Ministère des Sports.

Les garanties du présent contrat sont subordonnées :

- A la détention de la licence de la FEDERATION FRANCAISE DE PARACHUTISME
- A la pratique des activités garanties dans le cadre des structures affiliées/agrées par la FEDERATION FRANCAISE DE PARACHUTISME
- Et pour le compte de la FEDERATION FRANCAISE DE PARACHUTISME et/ou de ses entités délégataires.

Article 2.6 Nature et montant des indemnités garanties :

a) Décès :

1) Modalités d'allocation : Choix des bénéficiaires :

Le(s) bénéficiaire(s) est (sont) le(s) même(s) que celui de la garantie Individuelle Accidents corporels de base. Ainsi, si un (ou des) bénéficiaire(s) ont été nommément désignés sur la garantie alors celui(ceux)-ci est (sont) aussi bénéficiaire(s) de l'Individuelle Accidents Corporels de base. A défaut de disposition particulière valable au jour du décès, il sera fait application de la clause contractuelle.

2) Montant du capital :

Le montant du capital décès garanti est celui indiqué sur l'attestation d'assurances éditée suite à l'adhésion au présent contrat.

Le capital est cumulable avec le capital décès des Garanties Individuelle Accidents de base.

b) Invalidité permanente :

En cas d'invalidité permanente, totale ou partielle, de l'Assuré consécutive à l'accident garanti, l'Assureur lui verse une indemnité forfaitaire égale au capital garanti défini ci-après multiplié par le taux d'invalidité de l'Assuré et par le taux défini au barème d'indemnisation défini ci-après, conformément au barème contractuel défini ci-après, à condition que le taux d'invalidité soit supérieur à la franchise mentionnée.

Le taux d'invalidité est fixé dès la consolidation de l'état de santé de l'Assuré et ce, en dehors de toute considération professionnelle, sociale, familiale ou d'âge.

1) Modalités d'allocation :

Les indemnités versées au titre d'une invalidité permanente partielle ou totale seront calculées en multipliant le capital de base par le taux d'invalidité permanente défini par expertise médicale et après application du barème ci-dessous.

- de 0 à 10% :	Aucune indemnisation ne sera due (franchise)
- de 11 à 79% :	Capital de base X taux d'IP
- de 80 à 100% :	Capital de base X 2 X taux d'IP

Franchise : Pour donner lieu à versement du capital, le taux d'invalidité permanente retenu par le médecin - expert de l'Assureur doit être supérieur à 10% (l'indemnisation intervient dans le cas d'un taux d'invalidité de 11% et plus).

2) Montant du Capital de base :

Le montant du capital invalidité de base garanti est celui indiqué sur l'attestation d'assurances éditée suite à l'adhésion au présent contrat, après application d'une franchise de 10%.

Le capital invalidité est cumulable avec le capital invalidité des Garanties Individuelle Accidents de base.

3) Barème d'indemnisation :

Le taux d'invalidité permanente, défini par expertise médicale, sera basé sur le barème contractuel ci-après :

Aliénation mentale incurable excluant tout travail	100 %	
Paralysie organique totale	100 %	
Altération de la conscience (coma*)	100%	
Cécité complète	100 %	
Perte de l'œil avec énucléation	30 %	
Perte complète de la vision d'un œil sans énucléation	25 %	
Surdité complète des deux oreilles	40 %	
Surdité complète d'une oreille	10 %	
Perte par amputation ou perte complète de l'usage :		
des deux bras ou deux mains	100 %	
des deux jambes ou deux pieds	100 %	
D'un bras ou main et d'une jambe ou pied	100 %	
D'une jambe au-dessus de genou	50 %	
D'une jambe au-dessous ou au niveau du genou ou d'un pied	40 %	
D'un gros orteil	8 %	
	Droit	Gauche
D'un bras ou d'une main	60 %	50 %
D'un pouce	20 %	17 %
de l'index	15 %	12 %
D'un des autres doigts de la main :		
- médus	10 %	8 %
- annulaire	8 %	6 %
- auriculaire	7 %	5 %
Perte totale de trois doigts ou du pouce et d'un doigt autre que l'index	25 %	20 %
Perte complète de l'usage :		
de l'épaule	25 %	20 %
du poignet ou du coude	20 %	15 %

de la hanche	30 %
du genou	20 %
du cou-de-pied	15 %

Fracture du maxillaire inférieur amenant des troubles dans la mastication, la déglutition et la parole, maximum	25 %
Fracture d'une jambe entraînant une incapacité permanente partielle, maximum	30 %
Fracture d'une rotule ou d'un pied entraînant une incapacité permanente partielle, maximum	20 %

*Par **coma**, il faut entendre tout état caractérisé par l'altération des fonctions de relations (conscience, mobilité, sensibilité) avec conservation de la vie végétative (respiration, circulation sanguine spontanée) déclaré par une autorité médicale habilitée à exercer ses fonctions en France.

S'il est médicalement constaté que l'Assuré est gaucher, les taux d'incapacité prévus pour les membres supérieurs sont intervertis.

Les infirmités non énumérées ci-dessus sont indemnisées en proportion de leur gravité comparée à celle des cas énumérés sans tenir compte de la profession de l'Assuré.

La perte de membres ou d'organes frappés d'incapacité fonctionnelle avant l'accident ne peut donner lieu à indemnité.

La lésion de membres ou organes déjà infirmes n'est indemnisée que par différence entre l'état avant et l'état après l'accident.

L'évaluation des lésions consécutives à l'accident ne peut être augmentée par l'état d'infirmité d'autres membres ou organes que l'accident n'a pas intéressés.

L'indemnité totale résultant de plusieurs infirmités provenant du même accident s'obtient par addition, sans pouvoir dépasser le capital prévu pour le cas d'incapacité permanente totale.

Si plusieurs infirmités affectent un même membre ou organe, les indemnités correspondantes s'additionnent sans pouvoir dépasser la somme accordée pour la perte dudit membre ou organe.

c) Incapacité temporaire :

En cas d'incapacité temporaire, l'Assureur garantit à l'Assuré le paiement de l'indemnité journalière fixée ci-dessous pendant le temps où il ne peut plus se livrer à ses occupations, soit qu'il suive un traitement médical, soit qu'il se soumette au repos nécessaire à sa guérison.

Lorsque l'Assuré exerce une profession active, cette indemnité sera payée en totalité s'il est dans l'impossibilité d'exercer une activité professionnelle (incapacité temporaire totale).

Elle sera réduite de moitié s'il peut reprendre partiellement son travail (incapacité temporaire partielle). Toute journée d'activité partielle s'impute sur le décompte de la période d'indemnisation prévue au contrat comme une journée d'interruption complète.

Toute rechute dans un délai de trois mois après la reprise totale ou partielle de la profession est considérée comme la suite du même accident ; dans ce cas, la franchise n'est pas appliquée une seconde fois.

Si l'Assuré n'exerce aucune profession ou activité, rémunérée ou non, l'indemnité sera payée en fonction du nombre de jours d'arrêt de travail figurant sur le certificat médical délivré par le médecin - traitant.

Elle sera dans tous les cas décomptée à partir du lendemain de l'accident après application d'une franchise de quinze jours et pour la durée constatée de l'Incapacité Temporaire. Elle ne peut être due au-delà de trois cent soixante-cinq jours (moins la franchise de quinze jours à déduire) suivant la date de l'accident.

Si cette option est souscrite, le montant de l'indemnité journalière ainsi que la durée d'indemnisation seront ceux indiqués sur l'attestation d'assurances éditée suite à l'adhésion au présent contrat, après application d'une franchise de 15 jours.

d) Cumul des indemnités :

L'indemnité journalière due pour une incapacité temporaire peut se cumuler avec les indemnités dues pour l'incapacité permanente si elle en est consécutive ou le décès.

Un même accident ne peut donner droit qu'à l'une ou l'autre des indemnités prévues pour les cas de décès (paragraphe a)) ou d'incapacité permanente (paragraphe b)) ; dans le cas où la victime décède, dans le délai de deux ans, des suites d'un accident garanti et a bénéficié en raison du même accident, de l'indemnité prévue pour incapacité permanente, l'Assureur versera le capital décès diminué de cette indemnité si celle-ci est inférieure audit capital.

Excepté le cas visé précédemment, un sinistre déjà réglé sur les bases de la garantie visée au présent article et pour lequel une quittance régulière aura été donnée à l'Assureur, ne peut donner lieu à révision.

Article 2.7 EXCLUSIONS :

SONT EXCLUS DE LA GARANTIE LES ACCIDENTS RESULTANT :

- a) **DE LA FAUTE INTENTIONNELLE DE L'ASSURÉ OU CAUSÉS À SON INSTIGATION OU RÉSULTANT DE SA PARTICIPATION À UN DÉLIT OU À UN CRIME CONSTITUTIF OU NON D'UNE VIOLATION DÉLIBÉRÉE DE LA RÈGLEMENTATION APPLICABLE, NOTAMMENT CELLE ÉDICTÉE PAR LA FFP, EN RELATION DIRECTE AVEC LE DOMMAGE.**
- b) **DE L'USAGE DE DROGUES, DE PSYCHOTROPES ET DE SUBSTANCES PROHIBÉES PAR LA LOI (SUBSTANCES HALLUCINOGENES ET DOPANTES) NON PRESCRITS MEDICALEMENT.**
- c) **D'UN ÉTAT ALCOOLIQUE DE L'ASSURÉ CARACTÉRISÉ PAR LA PRÉSENCE DANS LE SANG D'UN TAUX D'ALCOOL PUR SUPÉRIEUR OU ÉGAL AU TAUX MAXIMUM AUTORISÉ PAR LA RÈGLEMENTATION EN VIGUEUR DANS LE PAYS OÙ L'ACCIDENT EST SURVENU.**
- d) **LES CONSÉQUENCES DU SUICIDE OU DE LA TENTATIVE DE SUICIDE DE L'ASSURÉ, QUE CE SUICIDE OU CETTE TENTATIVE DE SUICIDE SOIT QUALIFIÉ DE CONSCIENT OU D'INCONSCIENT.**
- e) **SURVENUS A L'OCCASION DE LA PRATIQUE D'UNE ACTIVITE NE RESPECTANT PAS LA REGLEMENTATION – DONT LA REGLEMENTATION FEDERALE - QUI S'APPLIQUE A CELLE-CI.**
- f) **DE TOUTE ACTIVITE AUTRE QUE LES ACTIVITES ASSUREES DEFINIES.**
- g) **CAUSÉS OU PROVOQUÉS PAR UNE CRISE D'ÉPILEPSIE OU DE DELIRIUM TREMENS, UNE HÉMORRAGIE MÉNINGÉE NON TRAUMATIQUE, UNE RUPTURE D'ANÉVRISME OU UNE EMBOLIE CÉRÉBRALE, OU UN INFARCTUS DU myocarde de l'assuré.**
- h) **DE LA PARTICIPATION ACTIVE DE L'ASSURÉ A TOUT ACTE DE GUERRE, INVASION, ACTES D'ENNEMIS ETRANGERS, HOSTILITES (QUE LA GUERRE SOIT DECLAREE OU NON), GUERRE CIVILE, REBELLION, REVOLUTION, INSURRECTION, LOI MARTIALE, POUVOIR MILITAIRE OU POUVOIR USURPE OU TENTATIVE D'USURPATION DU POUVOIR.**
- i) **DE LA PARTICIPATION ACTIVE DE L'ASSURÉ A DES EMEUTES, MOUVEMENTS POPULAIRES OU TROUBLES SOCIAUX, GREVES, LOCK-OUT, ACTES DE TERRORISME, DETOURNEMENTS D'AERONEFS OU PRISE ILLICITE DE POSSESSION OU EXERCICE ILLICITE DE CONTROLE DE L'AERONEF OU DE L'EQUIPAGE EN COURS DE VOL (Y COMPRIS TOUTE TENTATIVE DE PRISE DE POSSESSION OU DE CONTROLE), TOUT ACTE DE MALVEILLANCE, ATTENTATS, SABOTAGES.**
- j) **DE L'UTILISATION POUR LE DECOLLAGE, L'ATTERRISSAGE OU L'AMERRISSAGE,**
 - **D'UN TERRAIN, D'UNE SURFACE OU D'UN PLAN D'EAU QUI NE SERAIT NI OUVERT A LA CIRCULATION AERIENNE PUBLIQUE NI AUTORISÉ PAR L'AUTORITE COMPETENTE DANS LE CADRE DE LA REGLEMENTATION EN VIGUEUR, SAUF CAS DE FORCE MAJEURE ;**

- **D'UN TERRAIN, D'UNE SURFACE OU D'UN PLAN D'EAU OUVERT A LA CIRCULATION AERIENNE PUBLIQUE, OU SIMPLEMENT AUTORISE, HORS DES LIMITES D'UTILISATION PREVUES PAR LE TEXTE D'OUVERTURE OU D'AUTORISATION, SAUF CAS DE FORCE MAJEURE ;**
BENEFICIENT CEPENDANT DE LA GARANTIE LES ASSURES POUVANT APPORTER LA PREUVE QUE LA VIOLATION DE CETTE INTERDICTION NE LEUR EST PAS IMPUTABLE OU QU'ILS NE L'AVAIENT NI CONNUE NI AUTORISEE ;
- k) **DE L'UTILISATION DE L'AERONEF EN DEHORS DES LIMITES DE POIDS ET/OU DE CENTRAGE PRESCRITES TECHNIQUEMENT ; BENEFICIENT CEPENDANT DE LA GARANTIE LES ASSURES POUVANT APPORTER LA PREUVE QUE LA VIOLATION DE CETTE INTERDICTION NE LEUR EST PAS IMPUTABLE OU QU'ILS NE L'AVAIENT NI CONNUE NI AUTORISEE.**
- l) **DE L'UTILISATION INTENTIONNELLE DE L'AERONEF AU-DESSOUS DES LIMITES D'ALTITUDE DE SECURITE PREVUES PAR LA REGLEMENTATION EN VIGUEUR SAUF AUTORISATION SPECIALE DES AUTORITES COMPETENTES OU SAUF CAS FORTUIT OU DE FORCE MAJEURE ; BENEFICIENT CEPENDANT DE LA GARANTIE LES ASSURES POUVANT APPORTER LA PREUVE QUE LA VIOLATION DE CETTE INTERDICTION NE LEUR EST PAS IMPUTABLE OU QU'ILS NE L'AVAIENT NI CONNUE NI AUTORISEE.**
- m) **DE LA PARTICIPATION DE L'AERONEF A DES COMPETITIONS, TENTATIVES DE RECORD OU A LEURS ESSAIS, OU A TOUTES MANIFESTATIONS AERONAUTIQUES POUR LESQUELLES LA VITESSE EST LE FACTEUR ESSENTIEL DU CLASSEMENT DES CONCURRENTS.**
- n) **DE GUERRE, INVASION, ACTES D'ENNEMIS ETRANGERS, HOSTILITES (QUE LA GUERRE SOIT DECLAREE OU NON), GUERRE CIVILE, REBELLION, REVOLUTION, INSURRECTION, LOI MARTIALE, POUVOIR MILITAIRE OU POUVOIR USURPE OU TENTATIVE D'USURPATION DU POUVOIR.**
- o) **EXCLUSIONS DES DOMMAGES CAUSES DIRECTEMENT OU INDIRECTEMENT PAR LES RISQUES NUCLEAIRES OU S'Y RATTACHANT**
- p) **EXCLUSIONS DES DOMMAGES CAUSES DIRECTEMENT OU INDIRECTEMENT PAR LES RISQUES LIES A L'AMIANTE OU S'Y RATTACHANT**
- q) **EST EN OUTRE EXCLUE DE LA GARANTIE TOUTE PERSONNE QUI INTENTIONNELLEMENT AURAIT CAUSE OU PROVOQUE LE SINISTRE.**

III – FORMULES DE GARANTIES ET PRIMES

Article 3.1 Formules de garanties et primes applicables :

- **DECES & INVALIDITE PERMANENTE**

Pour les titulaires d'une licence annuelle ou automne :

Capital Garanti	Prime annuelle	Prime applicable en cas de souscription entre le 1 ^{er} avril et le 30 juin	Prime applicable en cas de souscription entre le 1 ^{er} juillet et le 30 septembre	Prime applicable en cas de souscription entre le 1 ^{er} octobre et le 31 décembre
30 000 €	132 €	99 €	66 €	33 €
60 000 €	264 €	198 €	132 €	66 €
90 000 €	396 €	297 €	198 €	99 €
105 000 €	519 €	389 €	260 €	130 €

Pour les titulaires d'une licence stage 30 jours consécutifs, initiation, tandem ou découverte soufflerie

Capital Garanti	Prime forfaitaire
30 000 €	11 €
60 000 €	23 €
90 000 €	34 €
105 000 €	45 €

- **OPTION INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL DISPONIBLE UNIQUEMENT POUR LES TITULAIRES D'UNE LICENCE ANNUELLE OU AUTOMNE**

Indemnité Journalière (Franchise 15 jours)		
Durée d'indemnisation max.	365 jours	90 jours
Forfait journalier de 25€	105 €	49 €
Forfait journalier de 50€	198 €	88 €

Article 3.2 Modalité du paiement de la prime :

Le paiement pourra s'effectuer soit :

- par carte bancaire sur le site internet de SAAM VERSPIEREN GROUP www.saam-assurance.com (via votre extranet client) ;
- par virement bancaire auprès de SAAM VERSPIEREN GROUP.

Définition du paiement :

La prime est considérée comme étant payée :

- En cas de paiement par carte bancaire, à la date figurant sur le ticket correspondant à l'opération considérée ;
- En cas virement bancaire, à la date de l'opération considérée.

Défaut de paiement :

A défaut de paiement d'une prime (ou d'une fraction de prime) dans les dix (10) jours de son échéance, l'Assureur - indépendamment de son droit de poursuivre l'exécution du contrat en justice - peut, dans les conditions fixées par l'article L. 113-3 du Code, par lettre recommandée adressée au Souscripteur à son dernier domicile connu, suspendre la garantie trente (30) jours après l'envoi de celle lettre. Celle-ci doit indiquer qu'elle est envoyée à titre de mise en demeure, rappeler le montant et la date d'échéance de la prime et reproduire l'article L. 113-3 du Code.

Le point de départ de ce délai de trente (30) jours est le lendemain à zéro heure de cette date d'envoi.

L'Assureur a le droit de résilier le contrat dix (10) jours après l'expiration du délai de trente (30) jours visé ci-dessus, par notification faite au Souscripteur, soit dans la lettre recommandée de suspension, soit par une nouvelle lettre recommandée avec AR.

En cas de paiement fractionné, les fractions de primes restantes dues sur la prime de la période d'assurance en cours deviendront immédiatement exigibles :

- En cas de sinistre dont le montant excède les primes déjà versées ;
- En cas de non-paiement à la date prévue de l'une des fractions de prime.

Une suspension de garantie ne dispense pas le Souscripteur de payer les fractions de primes à la date prévue

IV – DISPOSITIONS RELATIVES AUX SINISTRES

Article 4.1 Déclaration des sinistres :

LES SINISTRES DEVRONT ÊTRE DÉCLARÉS PAR ÉCRIT OU COURRIEL PAR L'ASSURÉ OU TOUTE PERSONNE AGISSANT EN SON NOM, ET, EN CAS DE DÉCÈS, PAR LES BÉNÉFICIAIRES, OU LE SOUSCRIPTEUR, DANS UN DÉLAI MAXIMUM DE CINQ (5) JOURS OUVRÉS À COMPTER DE LA DATE OÙ IL EN A EU CONNAISSANCE, SOUS PEINE DE DÉCHÉANCE CONFORMÉMENT AUX DISPOSITIONS DE L'ARTICLE L 113-2 DU CODE.

L'Assuré transmet au courtier toutes les déclarations mettant en jeu les garanties. Elles seront réputées faites à l'Assureur.

En cas de décès de l'Assuré, ce délai est de vingt jours ouvrés.

Cette déclaration doit être faite, par écrit, ou verbalement contre récépissé à l'Assureur.

Le déclarant précisera les nom, prénoms, âge, qualité et domicile de la victime, les date, lieu, causes et circonstances de l'accident ainsi que les noms et adresses des témoins s'il y en a.

Les personnes désignées au premier alinéa du présent article devront également transmettre à leurs frais dans le délai de dix jours à compter de l'accident, un certificat du médecin appelé à donner les premiers soins, relatant la nature exacte des blessures, l'état actuel du blessé et les conséquences probables de l'accident.

A défaut, l'Assureur pourra réduire l'indemnité proportionnellement au dommage que ce manquement lui aura causé.

Pour l'Assuré bénéficiant d'une garantie « Incapacité temporaire » :

La preuve de l'incapacité temporaire de travail incombe à l'Assuré qui est tenu de l'adresser dans un délai maximum de 30 jours suivant la date d'incapacité temporaire de travail à l'Assureur, sauf cas de force majeure. Si ce délai n'est pas respecté, le point de départ de l'arrêt de travail et de son indemnisation sera reporté à la date de réception par l'Assureur de cette déclaration ; la franchise s'appliquera à partir de cette date.

Si l'Assuré n'est pas en état de reprendre ses occupations à la date fixée par le médecin, il devra, dans les cinq jours suivant cette date, transmettre un nouveau certificat médical. A défaut, l'indemnité pour la période postérieure à celle prévue par le certificat initial pourra être réduite en proportion du préjudice causé à l'Assureur du fait de cette omission.

Les médecins de l'Assureur devront avoir accès auprès de l'Assuré dans tous les cas et à toute époque sous peine pour celui-ci de se trouver déchu de tout droit à indemnité.

SI L'UNE DES FORMALITÉS PRÉVUES CI-DESSUS N'EST PAS REMPLIE, SAUF CAS FORTUIT OU DE FORCE MAJEURE, L'ASSUREUR PEUT RÉCLAMER UNE INDEMNITÉ PROPORTIONNÉE AU PRÉJUDICE QUE CETTE INEXÉCUTION LUI A CAUSÉ (ART. L 113-2 DU CODE).

IL EST EXPRESSÉMENT CONVENU QUE, SI L'ASSURÉ EMPLOIE SCIEMMENT DES DOCUMENTS OU MOYENS MENSONGERS, IL SERA ENTièrement DÉCHU DE TOUT DROIT À INDEMNITÉ ; IL EN SERA DE MÊME EN CAS DE DÉCLARATION INTENTIONNELLEMENT INEXACTE TENDANT À EXAGÉRER OU À DÉNATURER LES SUITES DE L'ACCIDENT, À EN DÉGUISER LES CAUSES OU À EN PROLONGER LES CONSÉQUENCES.

Article 4.2 Clause de sauvegarde :

Au titre des garanties individuelles complémentaires, les manquements aux obligations figurant aux paragraphes a) et b) de l'article 2.5 du présent contrat, les exclusions figurant à l'Article 2.7 i), j) et k) ne sont pas opposables à l'Assuré prenant place à bord d'un aéronef sans y exercer de fonctions à bord dès lors que les circonstances entraînant ces dispositions n'auront pas été connues de lui et qu'il n'y aura pas volontairement participé.

Resteront ainsi acquis à ces victimes non responsables et à leurs ayants droits les droits à indemnisation découlant de la mise en jeu des garanties individuelles complémentaires.

Article 4.3 Constatation et expertise :

Les médecins de l'Assureur devront avoir accès auprès de l'Assuré dans tous les cas et à toute époque **sous peine pour celui-ci de se trouver déchu de tout droit à indemnité.**

Les causes du décès, de l'incapacité permanente, ainsi que le degré de l'incapacité permanente et la durée de l'incapacité temporaire totale ou partielle, sont constatés soit d'un commun accord entre l'Assureur et l'Assuré (ou, en cas de décès, les bénéficiaires éventuels), soit, à défaut d'accord par deux médecins désignés chacun par l'une des parties.

Si les médecins ainsi désignés ne sont pas d'accord, ils s'adjoignent un troisième médecin. Les trois médecins opèrent 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 du domicile de la victime. Dans la première 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 des frais de sa nomination.

Article 4.4 Pièces de règlement :

L'Assureur effectue le règlement de l'indemnité, dès qu'il est en possession de toutes les pièces justificatives nécessaires et notamment des pièces suivantes :

- **En cas de décès :**
 - un extrait de l'acte de décès comportant la date de naissance de l'Assuré, avec la filiation et les dernières mentions marginales,
 - un extrait de l'acte de naissance des bénéficiaires, avec mentions marginales, et datant de moins de 3 mois à compter de la date du décès,
 - un certificat médical constatant la nature du décès adressé au médecin conseil de l'Assureur sous pli confidentiel,
 - le procès-verbal de police ou de gendarmerie, ou tout document précisant la cause et les circonstances de l'accident ayant entraîné le décès,
 - toutes autres pièces jugées nécessaires par l'Assureur (copie du livret de famille, acte de notoriété...),
 - une copie de l'ordonnance du juge des tutelles désignant l'administrateur des enfants mineurs, lorsqu'ils sont bénéficiaires,
 - un relevé d'identité bancaire du ou des bénéficiaires.
- **En cas d'incapacité permanente :**
 - Copie du certificat médical de constatation des blessures, avec description des lésions ou des blessures et de leurs conséquences probables,
 - Copie des comptes rendus médicaux de suivi,
 - Copie du certificat médical de Consolidation avec séquelles ou certificat de guérison
 - Tout document précisant la cause et les circonstances de l'accident
 - Un relevé d'identité bancaire de l'Assuré.
 - Toutes autres pièces jugées nécessaires par l'Assureur.
- **En cas d'incapacité temporaire :**
 - Copie du certificat médical de constatation des blessures, avec description des lésions ou des blessures et de leurs conséquences probables,
 - Copie des comptes rendus médicaux de suivi,
 - Copie du certificat médical d'arrêt de travail initial et des certificats médicaux de prolongation,
 - Tout document précisant la cause et les circonstances de l'accident
 - Un relevé d'identité bancaire de l'Assuré.

- Toutes autres pièces jugées nécessaires par l'Assureur.

Article 4.5 Paiement de l'indemnité :

Les indemnités sont payables au siège de l'Assureur **après l'accord des parties** selon les modalités suivantes :

- a) **En cas de décès, d'incapacité temporaire totale ou partielle ou pour frais de traitement**, dans les quinze jours qui suivent la production des pièces justificatives
- b) **En cas d'incapacité permanente** : dans le mois qui suit la consolidation.

Toutefois, si la consolidation n'était pas acquise dans l'année suivant l'accident, l'Assureur verserait à l'Assuré, sur sa demande, un acompte égal au tiers de l'indemnité correspondant - par référence aux dispositions de l'article 2.6 ci-dessus - au degré minimum d'invalidité constaté par un examen médical organisé conformément aux dispositions de l'article 4.3.

Dans le cas d'altération de la conscience (coma), de maladies nerveuses, troubles nerveux post-commotionnels ou lésions nerveuses périphériques, qui seraient la conséquence d'un accident garanti, un premier acompte pourra être versé à la demande de l'Assuré (ou le cas échéant, des personnes le représentant légalement) à l'issue d'un délai d'un (1) an suivant la date de l'accident. Cet acompte ne pourra dépasser le tiers de l'indemnité correspondant au degré d'invalidité constaté par un examen médical. Le règlement définitif interviendra à la suite d'un nouvel examen médical qui aura lieu deux (2) ans après la date de l'accident. Si l'indemnité due à cette date se révèle supérieure à la somme déjà versée, le complément en sera payé à l'Assuré (ou le cas échéant, aux personnes le représentant légalement). Dans le cas contraire, le montant de l'acompte initial restera acquis à ce dernier. Le délai de deux (2) ans pour le règlement définitif pourra, à la demande de la victime, être reporté à trois (3) ans, sans toutefois que cette date limite puisse être dépassée.

Article 4.6 Recours contre les tiers responsables :

L'Assureur, après paiement des sommes assurées, en cas de frais de traitement, dispose d'un droit de subrogation, dans les termes de l'article L 121-12 du Code des Assurances, jusqu'à concurrence de l'indemnité payée par lui, dans les droits et actions de l'Assuré contre tout responsable du sinistre.

Si la subrogation prévue à l'alinéa qui précède ne peut plus, du fait de l'Assuré, s'opérer en faveur de l'Assureur, la garantie de celui-ci cesse d'être engagée dans la mesure même où aurait pu s'exercer la subrogation.

Article 4.7 Procédures et Transactions :

En cas d'action judiciaire :

- (i) L'Assuré doit, tout au long du procès prêter son concours à l'Assureur pour pourvoir à la défense ou aux poursuites nécessaires.
- (ii) L'Assureur, dans la limite de sa garantie :
 - a) devant les juridictions civiles, commerciales, administratives, assume la défense ou la représentation de son Assuré - ce dernier pouvant aussi adjoindre, à ses propres frais, un avocat de son choix-, dirige le procès et a le libre exercice des voies de recours
 - b) devant les juridictions pénales, si la ou les victime(s) qui se constitue(nt) partie(s) civile(s) n'ont pas été désintéressées, a la faculté, avec l'accord de l'Assuré, de diriger la défense sur le plan pénal ou de s'y associer. A défaut de cet accord, l'Assureur assumera et dirigera la défense des intérêts civils de l'Assuré. Il exercera toutes voies de recours au nom de l'Assuré y compris le pourvoi en cassation lorsque l'intérêt pénal de l'Assuré n'est plus en jeu. Dans le cas contraire, il ne peut les exercer qu'avec l'accord de l'Assuré.
 - c) L'Assureur a seul le droit, dans la limite de sa garantie, de transiger avec les personnes lésées ou leurs ayants droit.

L'Assureur qui prend la direction d'un procès intenté à l'Assuré est censé aussi renoncer à toutes les exceptions dont il avait connaissance lorsqu'il a pris la direction du procès.

L'Assuré n'encourt aucune déchéance ni aucune autre sanction du fait de son immixtion dans la direction du procès s'il avait intérêt à le faire.

Aucune reconnaissance de responsabilité, aucune transaction intervenant en dehors de l'Assureur ne lui sont opposables ; Toutefois, ne sont pas considérés comme une reconnaissance de responsabilité :

- l'aveu de la matérialité d'un fait ou ;
- le seul fait d'avoir procuré à la victime un secours urgent lorsqu'il s'agit d'un acte d'assistance que toute personne a le devoir légal ou moral d'accomplir ou ;
- le fait d'avoir pris des mesures de sauvetage ou ;
- tout acte désintéressé.

L'Assureur ne pourra imposer au Souscripteur et à l'assuré de participer à son choix quant à la qualification juridique des faits et cela tout au long de l'instruction et de la gestion d'un sinistre.

Article 4.8 Prescription :

Toute action dérivant du présent contrat est prescrite par deux (2) ans, à compter de l'événement qui y donne naissance, dans les conditions suivantes telles que déterminées par les articles L. 114-1 et L. 114-2 du Code.

Il est rappelé que le délai de deux (2) ans commence à courir du jour de l'événement qui donne naissance à cette action. 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 - ou, en cas de coassurance, la société apéritrice agissant au nom de tous les Co Assureurs - en a eu connaissance ;
2. En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là. Quand l'action de l'Assuré contre l'Assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'Assuré.

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, 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 -ou, en cas de coassurance, par la société apéritrice agissant au nom de tous les coassureurs.

La prescription est également interrompue par :

- La désignation d'un expert à la suite d'un sinistre ;
- L'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par :
 - L'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et,
 - L'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité

Il est également rappelé que l'article L. 114-3 du Code prévoit que 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.

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription figurant dans le Code civil sont :

« Article 2240 - La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription.

Article 2241 - 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 - L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance.

Article 2243 - 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 - 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 - 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 - L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution. »

V – DISPOSITIONS FINALES

Article 5.1 Placement du contrat :

Compagnie d'assurance :	Participation :
XL Insurance Company SE, Succursale Française Tour Majunga, 6 place de la pyramide, La Défense 9, Puteaux 92800 - France RCS Nanterre 419 408 927 Siège Social : XL Insurance Company SE, compagnie d'assurance de droit irlandais au capital de 259 156 875 euros, domiciliée Wolfe Tone House, Wolfe Tone Street, Dublin 1, D01 HP90, Irlande sous le numéro 641686.	100 %
Total	100 %

Article 5.2 Déclarations et Signatures :

La présente police contient 28 pages (y compris la page de garde).

Le Souscripteur reconnaît, par sa signature apposée ci-dessous, avoir été mis en possession d'un exemplaire complet du contrat ainsi que des Annexes afférentes aux conditions accordées.

TOUTE RETICENCE OU DECLARATION INTENTIONNELLEMENT FAUSSE, TOUTE OMISSION OU DECLARATION INEXACTE ENTRAINE L'APPLICATION, SUIVANT LE CAS, DES SANCTIONS PREVUES AUX ARTICLES L 113-8 (NULLITE DU CONTRAT) ET L 113-9 (REDUCTION DES INDEMNITES) DU CODE DES ASSURANCES.

SONT NULLES TOUTES ADJONCTIONS, RATURES OU MODIFICATIONS À LA POLICE, AUX NOTES DE COUVERTURE OU CERTIFICATS D'ASSURANCE NON REVÊTUS DU VISA DE L'ASSUREUR.

FAIT en autant d'exemplaires que de parties intéressées, à Paris, le 15 janvier 2026

Le Souscripteur
LA FEDERATION FRANCAISE DE PARACHUTISME
Représentée par son Président,
Monsieur Yves-Marie GUILLAUD

L'Assureur,
XL INSURANCE COMPANY SE, Succursale française



XL INSURANCE COMPANY SE
SUCCURSALE FRANCAISE
TOUR MAJUNGA - LA DEFENSE 9
6 PLACE DE LA PYRAMIDE. 92800 PUTEAUX
RCS NANTERRE 419 408 927
SIEGE SOCIAL
WOLFE TONE HOUSE - WOLFE TONE STREET -
DUBLIN 1, D01 HP90 (IRLANDE)
IMMATRICULEE EN IRLANDE SOUS LE N°641686
REPRESENTEE PAR XL CATLIN SERVICES SE
(ORIAS N° C184968)

VI- ANNEXES AU CONTRAT

CLAUSE SANCTIONS ET EMBARGO

L'ASSUREUR NE SERA TENU À AUCUNE GARANTIE, NE FOURNIRA AUCUNE PRESTATION ET NE SERA OBLIGÉ DE PAYER AUCUNE SOMME AU TITRE DU PRÉSENT CONTRAT DÈS LORS QUE LA MISE EN OEUVRE D'UNE TELLE GARANTIE, LA FOURNITURE D'UNE TELLE PRESTATION OU UN TEL PAIEMENT EXPOSERAIT L'ASSUREUR :

- À UNE SANCTION, PROHIBITION OU RESTRICTION RÉSULTANT D'UNE RÉOLUTION DE L'ORGANISATION DES NATIONS UNIES,**
- ET/OU AUX SANCTIONS ÉCONOMIQUES OU COMMERCIALES PRÉVUES PAR LES LOIS OU RÈGLEMENTS ÉDICTÉS PAR L'UNION EUROPÉENNE, LA FRANCE, LES ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE OU PAR TOUT AUTRE DROIT NATIONAL.**

CLAUSE D'EXCLUSION PANDEMIE

Équivalent français de la « Communicable Disease Exclusion » - LMA5396

NONOBTANT TOUTE STIPULATION CONTRAIRE, S'AGISSANT DE LA COUVERTURE COMPLEMENTAIRE RESPONSABILITE CIVILE NON-AVIATION UNIQUEMENT, SONT EXCLUS DES GARANTIES DU PRESENT CONTRAT TOUTES LES RECLAMATIONS, DOMMAGES, PERTES, FRAIS ET DEPENSES DE TOUTE NATURE, ATTRIBUABLES A, DECOULANT ET/OU RESULTANT DIRECTEMENT OU INDIRECTEMENT DE TOUTE EPIDEMIE DE MALADIE TRANSMISSIBLE

AU SENS DE LA PRESENTE EXCLUSION :

- **« MALADIE TRANSMISSIBLE » DESIGNÉ UNE MALADIE OU UNE AFFECTION CONTAGIEUSE RESULTANT D'UNE BACTERIE, D'UN VIRUS, D'UN PARASITE, D'UN CHAMPIGNON OU D'UN AGENT PATHOGENE OU DE SES CONSEQUENCES TOXIQUES, TRANSMIS OU PROPAGÉ DIRECTEMENT OU INDIRECTEMENT**
 - **PAR DES ETRES HUMAINS, PLANTES OU ANIMAUX ;**
 - **PAR DES ORGANISMES VIVANTS OU NON ;**
 - **PAR DES BIENS ;**
 - **PAR L'EAU, L'AIR OU LA TERRE ;**
- **« EPIDEMIE » DESIGNÉ UNE PROPAGATION RAPIDE D'UNE MALADIE TRANSMISSIBLE QUALIFIEE D'EPIDEMIE, DE PANDEMIE OU D'EPIZOOTIE PAR L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (OMS), L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE ANIMALE, ET/OU PAR LES AUTORITES PUBLIQUES LOCALES COMPETENTES EN LA MATIERE DU PAYS DANS LEQUEL SE PRODUIT L'EPIDEMIE, LA PANDEMIE OU L'EPIZOOTIE.**

**LMA5396
17 Avril 2020**

U.S. TERRORISM RISK INSURANCE ACT DE 2002 MODIFIÉ CLAUSE DE NON-SOUSCRIPTION

Cette Clause est émise conformément aux termes et conditions de la Loi Fédérale Américaine relative à l'Assurance des Risques de Terrorisme (US Terrorism Risks Insurance Act) de 2002 telle que modifiée et résumée dans la Notice d'Information.

Il est noté par la présente que les ASSUREURS ont proposé la couverture de « pertes assurées » résultant directement d'un « acte de terrorisme » tel que défini dans la Loi Fédérale Américaine relative à l'Assurance des Risques de Terrorisme (US Terrorism Risks Insurance Act) de 2002 (modifié), (« TRIA »), et que l'ASSURÉ tel que défini au contrat, a décliné ou n'a pas confirmé l'achat de cette couverture.

PAR CONSÉQUENT, CETTE ASSURANCE NE COUVRE PAS LES PERTES OU DOMMAGES RESULTANT DE TOUT « ACTE DE TERRORISME » TEL QUE DEFINI DANS LE TRIA, SAUF DANS LA MESURE OU ELLE SERAIT FOURNIE PAR AILLEURS DANS LE PRESENT CONTRAT.

Tous autres termes, conditions, garanties et exclusions du présent Contrat y compris les limites applicables et les franchises restent inchangés et s'appliquent dans tous leurs effets à la couverture fournie par le présent Contrat.

LMA 5390
(09 January 2020)

Traduction libre de la clause approuvée par le Lloyd's Market Association et modèle agréé par l'International Underwriting Association