

CONDITIONS GENERALES VALANT NOTICE D'INFORMATION COUVERTURE EN MATIÈRE D'ACCIDENT

TABLE DES MATIERE

Critères d'éligibilité	3
Ce qui est couvert	3
A. Catégorie de coursiers couverts :	3
B. Les garanties	3
Ce qui n'est pas couvert	8
Dispositions générales	9
Comment déclarer un sinistre.....	9
Notification	9
Certificats médicaux	9
Contestation médicale.....	10
Mesures en cas de non-respect des obligations en cas de sinistre	10
Réclamations.....	10
Approbation des sanctions.....	11
Protection des données	11
Modifications que Nous effectuons	11
Droit et Juridiction compétente	12
Définitions	12

En contrepartie du versement de la prime, **Nous** fournirons la couverture décrite dans la présente **Notice d'information** au **Souscripteur de Police Collective** (Deliveroo France SAS) pour chaque **Personne Assurée**. Le **Souscripteur de la Police Collective** s'engage, via son **Administrateur**, à mettre à disposition un site web (deliveroo.qover.com) où la **Personne Assurée** peut accéder aux Conditions Générales et autres informations relatives à la **Police Collective** souscrite par le **Souscripteur de la Police Collective** en faveur de la **Personne Assurée**.

LA PRÉSENTE **POLICE COLLECTIVE** EST DESTINÉE À PROTÉGER LA **PERSONNE ASSURÉE** CONTRE LES CONSÉQUENCES FINANCIÈRES RÉSULTANT D'UN **DOMMAGE CORPORELLE** CONSÉCUTIVE À UN **ACCIDENT** PENDANT LE **TEMPS OPÉRATOIRE**, AUX TERMES ET CONDITIONS STIPULÉES CI - APRES.

La présente **Police Collective** se compose de ce qui suit :

1. Les présentes *Conditions Générales* valant *Notice d'information* (intitulée '*Police Collective Couverture en matière d'Accident Personnel – Conditions Générales*') qui énonce exactement ce qui est couvert par la **Police Collective** et ce qui ne l'est pas, les conditions de la **Police Collective**, comment déclarer un sinistre, comment rédiger une plainte et d'autres informations importantes,
2. Les Conditions Particulières de la Police Collective (intitulé « *Master Policy Schedule - Group Accident Insurance* ») qui énonce ce qui est couvert et l'indemnité y afférente,
3. Tout (tous) avenant(s).

Vous devez lire conjointement les présentes *Conditions Générales*, les Conditions Particulières de la **Police Collective** et tout (tous) avenant(s) et les conserver dans un endroit sûr.

Certains mots ont une signification spéciale partout où ils apparaissent en italique gras (à l'exception des titres de paragraphes) et sont repris dans les « Définitions » en page 12.

Comment contacter l'Administrateur

La présente **Police Collective** est gérée par l'**Administrateur** qui vous aidera, **Vous** ou les **Personnes Assurées** pendant la durée de vie de la présente **Police**, à répondre à toutes les questions que **Vous** ou les **Personnes Assurées** pourraient avoir sur la présente **Police** et s'occupera de la déclaration de sinistre de la **Personne Assurée**.

Si **Vous** ou les **Personnes Assurées** avez des handicaps rendant la communication difficile, veuillez le signaler à l'**Administrateur** qui se fera un plaisir de vous aider.

Si **Vous** ou les **Personnes Assurées** souhaitez discuter de la présente **Police Collective**, ou si la **Personne Assurée** désire présenter une déclaration de sinistre ou discuter d'une déclaration de sinistre en cours, **Vous** ou la **Personne Assurée** pouvez contacter l'**Administrateur** ; vous trouverez les informations de contact ci-dessous :

Par courriel	Par téléphone
RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX contact@qover.com	RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX +33 9 71 07 28 38 De 9 à 16 h
POUR LES DÉCLARATIONS DE SINISTRE http://deliveroo.qover.com	
Via notre site internet	Par courrier postal
www.qover.com	QOVER SA/NV Rue des Palais, 44 - 1030 Bruxelles - Belgique

Toute communication avec **Vous** ou la **Personne Assurée** se fera en français, ou en anglais, selon **Votre** choix ou celui de la **Personne Assurée**. Veuillez essayer de contacter l'**Administrateur** par courriel quand c'est possible !

CRITERES D'ELIGIBILITE

La **Personne Assurée** peut prétendre à une couverture, du fait de la présente **Police Collective** si :

- a. elle a moins de 70 ans ; et
- b. elle est affiliée au régime de sécurité sociale obligatoire dont elle relève; et
- c. elle est en séjour régulier et est autorisée à **Travailler** en France; et
- d. elle est en possession d'un contrat de coursier valable avec le **Souscripteur de la Police Collective** pour effectuer des livraisons
- e. elle a effectué, le nombre de livraison, durant la période indiquée, stipulé au sein de chaque garantie

CE QUI EST COUVERT

A. Catégorie de coursiers couverts :

1. **Garanties en cas d'Accident** : La **Personne Assurée** et le **Remplaçant** doit avoir effectué au moins 1 livraison pour le compte du **Souscripteur** durant les 30 derniers jours
2. **Garantie Accessoires : Frais complémentaires pour Enfant à Charge** :
 - Tout coursier ayant effectué au moins 200 livraisons pour le compte du **Souscripteur** durant les 6 derniers mois.
 - **Délai d'Attente** : 9 mois à partir de la date de début de la **Période d'Assurance** ou de la date de début du contrat entre la **Personne Assurée** et le **Souscripteur**, la dernière de ces dates à survenir.

Les **Remplaçants** ne bénéficient pas de cette garantie.

Important

Afin que le **Remplaçant** soit couvert (dans les cas où il est éligible), le **Remplaçant** devra répondre aux obligations suivantes :

- Fournir une preuve de l'existence d'un contrat de collaboration entre le coursier et son remplaçant
- Fournir une preuve que le remplaçant a le droit de **Travailler** ;
- Fournir une preuve que le coursier a demandé à son remplaçant de **Travailler** un jour en particulier (un e-mail daté, un contrat ou un SMS) ;
- Fournir une preuve du paiement entre le remplaçant et le coursier et tout paiement préalable.

Si le coursier ne respecte pas les conditions ci-dessus, nous refuserons de couvrir le remplaçant.

B. Les garanties

I. Décès accidentel et Incapacité permanente et temporaire

Nous couvrons les préjudices limitativement énumérés au sein du tableau suivant dans les limites de la valeur assurée indiquée si la **Personne Assurée** subit un **Domage Corporel** en raison d'un **Accident** survenu pendant le **Temps Opératoire** qui entraîne un **Domage Corporel**.

TABLEAU DES PRESTATIONS

Préjudices couverts	Valeur assurée
Décès Accidentel (accident uniquement)	50 000 EUR
Frais funéraires (accident uniquement)	3 000 EUR
Quadraplégie (accident uniquement)	50 000 EUR
Paraplégie (accident uniquement)	50 000 EUR
Perte de la vue d'un œil (accident uniquement)	12 500 EUR
Perte de la vue des deux yeux (accident uniquement)	25 000 EUR
Perte d'un membre (accident uniquement)	25 000 EUR
Incapacité permanente totale (accident uniquement)	50 000 EUR (montant total vaut pour 100% d'incapacité)
Perte de l'ouïe aux deux oreilles (accident uniquement)	25 000 EUR
Perte de l'ouïe à une oreille (accident uniquement)	6 250 EUR
Perte de la parole totale et permanente (accident uniquement)	25 000 EUR
Perte de l'usage de l'épaule ou du coude (accident uniquement)	12 500 EUR
Perte de l'usage de la hanche, du poignet, du genou ou de la cheville (accident uniquement)	7 500 EUR

Perte de l'usage de l'ensemble de la mâchoire inférieure (accident uniquement)	11 250 EUR
Perte de l'usage d'un rein (accident uniquement)	7 500 EUR
Incapacité temporaire totale résultant d'un Domme corporel découlant d'un Accident	<p>75 % de la moyenne du Revenu brut journalier de la Personne Assurée (reçu du Souscripteur de la Police Collective) ou 50 EUR (le plus petit montant des deux) pour une période maximale de 30 jours à compter de la fin du Délai d'Attente</p> <p>Si la Personne Assurée a conclu un contrat avec le Souscripteur de la Police Collective depuis moins de 60 jours à la date du Domme Corporel le montant de 25 EUR par jour sera payable avec un montant maximal de 150 EUR (max 6 jours) à compter de la fin du Délai d'Attente</p> <p>Si la Personne Assurée est un Remplaçant à la date du Domme Corporel, le montant de 25 EUR par jour sera payable avec un montant maximal de 150 EUR (max 6 jours) à compter de la fin du Délai d'Attente</p> <p style="text-align: center;">Délai d'Attente : 7 jours (le paiement commence à partir du 8^{ème} jour)</p>

Non-cumul des prestations entre les prestations en cas de décès et toute prestations en cas d'incapacité permanente de perte d'usage :

Si la **Personne Assurée** a déjà reçu, pour l'événement assuré, une prestation d'incapacité totale permanente ou de perte d'usage permanente, la prestation en cas de décès sera versée après déduction des prestations déjà reçues.

Conditions Préexistantes :

Aucune prestation ne sera versée pour des conditions qui existaient avant l'entrée en vigueur de la présente police ou avant qu'un contrat d'avenant valide avec le **Souscripteur de la Police Collective** pour effectuer les livraisons ne soit signé.

Comment payerons-Nous la Personne Assurée :

La prestation est versée sous forme de somme forfaitaire et sera versée comme suit -

I. Décès accidentel

Si, durant le **Temps Opératoire**, une **Personne Assurée** est impliquée dans un **Accident** qui entraîne le décès comme conséquence directe de l'**Accident** dans les 12 mois à compter de la date dudit **Accident**, **Nous** réglerons la somme forfaitaire telle qu'indiquée dans le Tableau des Prestations.

- Toute prestation pour Décès Accidentel sera payée aux ayants droit de la **Personne Assurée** dès que possible après la date de la déclaration de décès ou à la réception des documents requis.
- Si une **Personne Assurée** est portée disparue, et que son corps n'est pas retrouvé dans les 12 mois suivant sa disparition et qu'après examen de toutes les preuves disponibles, il y a des raisons de croire qu'elle est morte des suites du **Domme Corporel**, **Nous** réglerons les prestations relatives au Décès Accidentel en vertu de la présente **Police Collective**. Si la **Personne Assurée** est retrouvée vivante après que **Nous** ayons effectué ledit paiement, la somme payée **Nous** sera restituée.

- Dans le cas d'une demande de règlement valide en cas de Décès Accidentel payable en vertu de la présente police, **Nous** verserons aux **Ayants Droit de la Personne Assurée** une somme forfaitaire supplémentaire au titre de Frais funéraires selon le montant indiqué dans le Tableau des Prestations.

2. Incapacité Permanente et perte d'usage

Si, pendant le **Temps Opératoire**, une **Personne Assurée** est impliquée dans un **Accident** et subit un **Damage Corporel** qui entraîne une **Incapacité permanente totale** dans les 12 mois suivant la date dudit **Accident**, **Nous** payerons à la **Personne Assurée** le montant tel que fixé dans le Tableau des Prestations, après qu'un **Médecin** désigné par **Nous** aura analysé et accepté la décision du **Médecin** désigné par la **Personne Assurée**.

Les prestations indiquées correspondent à 100 % du montant de la perte. Si une **Personne Assurée** a un accident et ne subit qu'une perte partielle, seul un pourcentage du montant total sera payé.

Aucune indemnité ne sera accordée pour toute **Condition Préexistante** ou incapacité partielle préexistante de la **Personne Assurée** avant l'**Accident** couvert. Si des membres ou organes étaient déjà partiellement déficients avant l'**Accident**, l'indemnisation sera basée sur la différence de l'état du membre ou de l'organe avant et après l'**Accident** couvert.

3. Incapacité totale temporaire résultant d'un **Damage Corporel** dû à un **Accident**

Nous réglerons, sous réserve du **Délai d'Attente**, la Prestation d'Incapacité totale temporaire indiquée dans le Tableau des Prestations à la **Personne Assurée** pour une période ne dépassant pas trente jours au total à compter de la fin du **Délai d'Attente**. Lorsque cela nous semble approprié ou en cas de doute, **Nous** pouvons nommer un **Médecin** pour analyser et accepter la décision du **Médecin** désigné par la **Personne Assurée**.

Le **Revenu Brut Journalier** est calculé sur la base des 60 jours précédant le **Damage Corporel**.

Si la **Personne Assurée** a conclu un contrat avec Deliveroo depuis moins de 60 jours à la date du **Damage Corporel**, un montant de 25 EUR par jour est alors payable, avec un maximum de 150 EUR à compter de la fin du **Délai d'Attente**.

Le Remplaçant sera toujours payé 25 EUR par jour jusqu'à un maximum de 150 EUR pour un maximum de 6 jours à compter de la fin du **Délai d'Attente**.

La prestation relative à l'Incapacité temporaire totale découlant d'un **Damage Corporel** sera payée jusqu'à ce que la **Personne Assurée** soit médicalement apte à retourner au **Travail**. Elle sera payée jusqu'à concurrence d'un paiement maximal de 30 jours au total résultant du même **Accident**, mais pas nécessairement consécutifs.

Délai d'Attente en cas d'Accident

Une fois que la **Personne Assurée** a été reconnue incapable de **Travailler** en raison d'un **Damage Corporel** pendant 7 jours consécutifs, la **Personne Assurée** recevra, à partir du 8^{ème} jour, la prestation d'Incapacité temporaire totale résultant d'un **Damage Corporel** indiquée dans le Tableau des Prestations.

2. Frais médicaux liés à un **Damage Corporel** couvert en raison d'un accident

Nous indemniserons la **Personne Assurée** pour les frais engagés à la suite d'un **Damage Corporel**, pour les traitements médicaux, chirurgicaux ou autres traitements diagnostiques ou correctifs requis, exécutés ou prescrits par un **Médecin**, jusqu'à concurrence de la prestation maximale payable pour chaque **Personne Assurée**.

Nous réglerons également les frais d'hospitalisation, les factures médicales ou les médicaments prescrits, ou la chirurgie esthétique restauratrice et médicalement nécessaire, les prothèses, jusqu'à concurrence de la prestation maximale payable pour chaque **Personne Assurée**.

La Prestation maximale payable pour toutes les demandes de règlement au titre des Frais médicaux pour chaque **Personne Assurée** pour la couverture ci-dessus est de 7 500 EUR avec un maximum de 100% de la Base de remboursement de la sécurité sociale pour les frais directement liés à un **Accident** assuré pour toute intervention ou facture individuelle.

La présente assurance ne s'appliquera qu'en complément du remboursement dans d'autres polices d'assurance similaires conclues par l'assuré et/ou des remboursements par un quelconque régime obligatoire (que ce soit en secteur conventionné ou non) et ne peut en aucun cas dépasser le montant des frais réels engagés.

Nous prenons en charge les frais réalisés entre la date de début et la date de fin de garantie consécutifs à un accident survenu pendant un le **Temps Opérateur**.

3. Prestations pendant la convalescence suite à un Accident

Nous payerons 20 EUR par jour jusqu'à un maximum de 280 EUR pendant le temps où la **Personne Assurée** se remet d'un **Domme Corporel** (uniquement après un séjour hospitalisé de minimum 24h) dû à un **Accident** sur l'avis ou à la demande d'un **Médecin**.

4. Prestations pour cicatrices au visage uniquement en cas d'Aggression

Dans le cas où une **Personne Assurée** souffre d'une cicatrice permanente et visible au visage à la suite d'une **Aggression**, **Nous** payerons à la **Personne Assurée** le montant indiqué ci-dessous en fonction de l'étendue du préjudice, tel qu'il est déterminé par un **Médecin**.

Une cicatrice au visage qui a :

- a) de 3 à 9 centimètres de longueur ou centimètres carrés de superficie – 250 EUR
 - b) plus de 10 centimètres de longueur ou de centimètres carrés de superficie – 500 EUR
- Jusqu'à un paiement maximum de 750 EUR pour des cicatrices multiples au visage.

5. Luxation nécessitant une réduction sous anesthésie suite à un Accident

Si, à la suite d'un **Domme corporel**, une **Personne Assurée** a besoin d'une réduction de luxation sous anesthésie, **Nous** payerons à la **Personne Assurée** le montant indiqué ci-dessous :

- a) Hanche : 500 EUR
- b) Genou : 300 EUR
- c) Poignet ou coude : 200 EUR
- d) Cheville, omoplate ou clavicule : 100 EUR
- e) Doigt(s), orteil(s) ou mâchoire : 50 EUR

6. Prestations en matière dentaire suite à un Accident

Si la **Personne Assurée** subit des dommages dentaires à la suite d'un **Accident** couvert dans la police, nous payerons jusqu'à 2.000 EUR avec un maximum de 100% du montant de base de remboursement de la sécurité sociale pour toute intervention individuelle nécessaire qu'elle soit permanente ou temporaire pour toutes dents endommagées lors d'un même accident.

Le montant pour les frais décrits ci-dessus doivent directement être liés à un **Accident** assuré dans les 12 mois suivant la date de l'**Accident**.

La présente assurance ne s'appliquera qu'en complément du remboursement d'autres polices d'assurance similaires conclues par l'assuré et/ou des remboursements par un quelconque régime obligatoire (que ce soit en secteur conventionné ou non) et ne peut en aucun cas dépasser le montant des frais réels engagés.

7 Patient hospitalisé à la suite d'un Accident

Nous réglerons, après un **Délai d'Attente** de 24 heures : 30 EUR par période complète de 24 heures à une **Personne Assurée** lorsqu'elle est hospitalisée à la suite d'un **Domme Corporel** jusqu'à un maximum de 40 nuits et jusqu'à 1.200 EUR.

8 Prestation pour incapacité à travailler dû à l'obligation de se présenter à un service de jury

Si la **Personne Assurée** se voit dans l'impossibilité de **Travailler** parce qu'elle est assignée en tant que juré à la cour (même si elle n'a pas été choisi pour faire partie d'un jury), **Nous** verserons le montant mentionné ci-dessous à condition qu'une assignation ait été reçue du tribunal après le début de la **Période d'Assurance** et que la **Personne Assurée** n'ait pas demandé auparavant que la période de service au jury soit reportée.

Le montant de la prestation est de 500 EUR pour autant que la **Personne Assurée** ait effectuée un minimum de 30 livraisons durant les 8 semaines précédant la date d'assignation.

9 Garantie accessoires : Frais complémentaires

Sous réserve du respect du **Délai d'Attente**, si la **Personne Assurée** a effectué au moins 200 livraisons durant les 6 derniers mois, la **Personne Assurée** recevra par **Enfant à charge** en cas de survenance de **Frais complémentaires** une indemnité de 1000 EUR.

Délai d'Attente : 9 mois à partir de la date de début de la **Période d'Assurance** ou de la date de début du contrat entre la **Personne Assurée** et le **Souscripteur**, la dernière de ces dates à survenir.

Le justificatif des **Frais complémentaires** pourra être rapportée par tous moyens par la **Personne Assurée**.

Cette garantie est limitée à une indemnité par **Enfant à charge** et par contrat.

Le Remplaçant ne bénéficie pas de cette garantie.

10 Prestation pour la Famille

Si la **Personne Assurée** a effectué au moins 200 livraisons durant les 6 derniers mois, elle recevra, la prestation pour la **Famille** à concurrence de 500 EUR en cas de décès ou d'incapacité permanente grave.

Le **Remplaçant** est exclu.

Est considérée comme incapacité permanente grave, toute incapacité permanente de plus de 30%.

Toutes les prestations ci-dessus sous le paragraphe 2-10 sont payées en supplément de tout montant payé pour toute autre prestation en vertu de la présente **Police Collective**.

CE QUI N'EST PAS COUVERT

N'est jamais couvert au titre de la présente Police ce qui suit :

- i) **Dommege Corporel** se produisant en dehors du **Temps Opératoire** ;
- ii) **Dommege Corporel** causé par des actes délibérés, un suicide, une tentative de suicide ou des blessures volontaires ou du refus de se soigner – en France, au sens de l'article 324-I du code de la Sécurité sociale ;
- iii) **Accident** découlant directement ou indirectement :
 - a) de la **Guerre**, de la **Grève**, de la **Protestation civile** et de la **Guerre civile** ;
 - b) la **Personne Assurée** qui participe à une **Guerre Active** ;
 - c) les **Risques Nucléaires** ;
- iv) **Dommege Corporel** survenant lorsque le taux d'alcoolémie de la **Personne Assurée** dépasse 50 mg par 100 ml de sang, lorsque la **Personne Assurée** prend des drogues autrement qu'en vertu d'une prescription médicale légale, si **Nous** pouvons prouver qu'il y a un lien causal avec l'accident ;
- v) **Dommege Corporel** résultant de tout acte de violence de la part de la **Personne Assurée** si elle a pris part à l'événement en question, à moins qu'elle n'ait pris toutes les précautions nécessaires pour empêcher l'**Accident** et ses conséquences ;
- vi) **Dommege Corporel** survenant à la suite d'actes imprudents, à moins qu'il ne s'agisse d'une tentative de sauver une vie humaine, des biens ou un intérêt légitime ;
- vii) Frais de voyage engagés pour aller chercher un traitement médical à la suite d'un **Dommege corporel** ;
- viii) Frais dentaires engagés par la **Personne Assurée** pour l'amélioration esthétique des dents à la suite d'un **Dommege Corporel**.
- xi) Tous les Dommages survenus en dehors de la France Métropolitaine

DISPOSITIONS GENERALES

Comment déclarer un sinistre

Pour déclarer un sinistre résultant d'un **Dommege Corporel**, la **Personne Assurée** ou les **Ayants droit** devront, en cas de décès de la **Personne Assurée**, fournir tous les documents qui **Nous** permettront de déterminer le droit de la **Personne Assurée** à une prestation ou à une indemnité. La **Personne Assurée** s'engage à demander à son **Médecin** traitant de lui fournir toutes les informations relatives à son état de santé.

Nous nous réservons le droit de vérifier les déclarations qui **Nous** ont été faites et les réponses à **Nos** demandes de renseignements. **Notre** médecin-conseil peut aider la **Personne Assurée** à demander un examen médical auprès d'un **Médecin** désigné par lui. Les coûts de cet examen seront à **Notre** charge.

La **Personne Assurée** doit veiller aux points suivants lorsqu'elle déclare un sinistre :

- A. Consulter un **Médecin** dès que possible.
- B. **Nous** fournir la permission de consulter les dossiers médicaux propres à chaque cas, comme le prévoit toute législation pertinente.
- C. **Nous** fournir la preuve et/ou la demande de l'**Administrateur** pour établir les circonstances entourant le **Dommege corporel** et aider à obtenir des déclarations de témoins ou d'autres rapports de ce genre, y compris les données de suivi de Deliveroo au moment de l'**Accident**.
- D. Fournir de l'aide et coopérer avec **Nous** ou avec l'**Administrateur** pour obtenir tout dossier médical supplémentaire et tout autre dossier que **Nous** ou l'**Administrateur** demandons pour évaluer la réclamation. Si la **Personne Assurée** ne le fait pas, **Nous** ne serons pas tenus de régler le sinistre.
- E. Qu'il doit accepter d'être examiné par tout conseiller médical que **Nous** désignons et aussi souvent que **Nous** le jugeons nécessaire tout au long de la réclamation. **Nous** réglerons les frais d'un tel examen.
- F. Pendant toute la durée de la réclamation en vertu du présent contrat, **Nous** demanderons à la **Personne Assurée** de fournir la preuve de son incapacité en remplissant un formulaire mensuel de poursuite de la réclamation et en fournissant les documents d'un **Médecin** qui a signé la mise en congé de la **Personne Assurée**. **Nous** n'accepterons cette forme de documentation que pour des périodes individuelles d'une durée maximale d'un mois. Pour des périodes plus longues que celles-ci, **Nous** demanderons un rapport médical détaillé écrit avec les preuves justificatives du **Médecin** expliquant la raison pour laquelle la **Personne Assurée** a besoin d'une période d'incapacité plus longue.
- G. La **Personne Assurée** n'aura droit à aucune prestation pour toute période d'incapacité dont la **Personne Assurée** ne fournit pas la preuve. Si une prestation a déjà été payée, la **Personne Assurée** sera tenue de rembourser tout montant auquel elle n'a pas droit.
- H. En cas d'**Agression**, la **Personne Assurée** sera tenue de fournir, à ses propres frais, une copie du procès-verbal de déclaration à la Police ainsi que son numéro de dépôt.
- I. La **Personne Assurée** doit accepter que ses données personnelles, y compris son dossier médical, soit partagé avec toutes les parties impliquées dans la gestion du dossier (**Nous** y compris). Il se peut qu'il soit également nécessaire de partager ces informations avec le **Souscripteur de la Police**.

Notification

La **Personne Assurée** **Nous** communiquera le **Dommege Corporel** endéans les 10 jours dudit **Accident** ou aussi rapidement qu'il est raisonnablement possible de le faire. En cas de décès (suite à **Accident**), le **Médecin** constatant le décès peut envoyer le certificat de décès à l'expert en sinistre dans un délai de 10 jours.

Certificats médicaux

Dans les 10 jours suivant le début de l'incapacité de **Travail**, ou aussi rapidement qu'il est raisonnablement possible de le faire, il est nécessaire de **Nous** envoyer un certificat de premières observations émanant du **Médecin traitant de la Personne Assurée**.

Tous les certificats médicaux relatifs au **Dommege Corporel**, au traitement, à l'état actuel ou antérieur de la **Personne Assurée** ainsi que toute autre information que **Nous** demandons, doivent également **Nous** parvenir dans les 10 jours, ou aussi rapidement qu'il est raisonnablement possible de le faire.

Contestation médicale

Si une **Personne Assurée** n'accepte pas une décision médicale, elle doit **Nous** en informer dans les 15 jours suivant la notification de la décision. Le litige sera soumis pour examen contradictoire à un panel d'au moins deux médecins experts, chaque médecin étant désigné par chaque partie concernée.

Si ce panel ne parvient pas à un accord, ils désignent, d'un commun accord, un autre médecin expert dont le rôle est d'apporter une réponse décisive. Si le panel ne peut nommer un médecin expert d'un commun accord, la désignation en sera faite par un tribunal de grande instance en France sur recours du plaignant.

Chacune des parties supporte les coûts de son propre **Médecin** ; les honoraires du médecin expert arbitre sont supportés par toutes les parties concernées à parts égales. Le même principe s'appliquera pour les honoraires de tout expert auquel ils feront appel.

Mesures en cas de non-respect des obligations en cas de sinistre

En cas de non-respect des obligations en cas de sinistre, **Nous** pouvons réduire l'indemnité ou la prestation, ou les recouvrer si elles ont été payées, dans la mesure où **Nous** avons subi un préjudice. Si ce manquement résulte d'une intention frauduleuse, **Nous** pouvons refuser toute intervention ou recouvrer l'indemnité ou la prestation déjà payée.

Si **Nous** établissons que la **Personne Assurée Nous** a délibérément ou imprudemment fourni des renseignements faux ou trompeurs à toute réclamation, **Nous** pouvons refuser de régler ce sinistre, et recouvrer tout avantage déjà payé et annuler la présente assurance à l'égard de cette **Personne Assurée** à compter de la date à laquelle ces fausses informations ont été fournies.

Réclamations

Notre but est de **Vous** fournir, ainsi qu'à la **Personne Assurée**, un service de qualité supérieure à tout moment, bien que **Nous** comprenions qu'il y ait des circonstances pour lesquelles **Vous**, ou la **Personne Assurée**, puissiez trouver utile de déposer une réclamation.

Veuillez suivre la procédure ci-dessous si **Vous** ou la **Personne Assurée** souhaitez déposer une réclamation.

Toute réclamation doit être adressée en premier lieu à :

mediation@qover.fr

Département médiation QOVER SA/NV, 44 rue des Palais, 1030 Bruxelles (Belgique)

téléphone : +33 971 07 28 38

et ce sans préjudice de **Votre** possibilité ou de celle de la **Personne Assurée** d'intenter une action en justice.

Si l'affaire n'a pas été résolue à **Votre** satisfaction ou à celle de la **Personne Assurée**, **Vous** ou la **Personne Assurée** pouvez écrire à : Reclamations.qover.france@la-parisienne.fr

La Parisienne accusera réception de la réclamation par écrit dans les plus brefs délais.

La Parisienne fera en sorte de **Vous** fournir sa décision sur la réclamation par écrit dans les (8) huit semaines à compter de la réception de la réclamation.

Si **Vous** ou la **Personne Assurée** n'êtes toujours pas satisfait(e) de la réponse finale susmentionnée ou si **Vous** ou la **Personne Assurée** n'avez pas reçu de réponse finale dans les (8) huit semaines à compter de la réception de la réclamation, **Vous** ou la **Personne Assurée** pouvez adresser la réclamation à l'Ombudsman des Assurances en France.

Voici ses coordonnées :

La Médiation de l'Assurance, TSA 50 110, 75 441 Paris Cedex 09.

Site internet : <http://www.mediation-assurance.org>.

Les dispositions de traitement de réclamations précitées ne portent pas préjudice à **Votre** droit ou à celui de la **Personne Assurée** d'entamer une procédure judiciaire.

Approbation des sanctions

Nous ne serons pas supposés fournir une couverture et **Nous** ne serons pas tenus de régler un quelconque sinistre ou de fournir une prestation en vertu des présentes dans la mesure où la fourniture d'une telle couverture, le paiement d'un tel sinistre ou la fourniture d'une telle prestation nous exposerait à une quelconque sanction, interdiction ou restriction en vertu des résolutions des Nations Unies ou des sanctions commerciales ou économiques, lois ou règlements de l'Union européenne, du Royaume-Uni ou des États-Unis d'Amérique.

Protection des données

Nous nous engageons, en notre qualité de responsable du traitement, à traiter uniquement les données à caractère personnel (« **Données Personnelles** ») que **Vous** ou les **Personnes Assurées** fournissez dans le cadre de la présente **Police Collective** en conformité avec la réglementation en matière de vie privée en vigueur et plus particulièrement conformément au règlement (UE) N°2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE (« **RGDP** »).

La finalité de la collecte et du traitement des Données Personnelles est l'administration de la présente **Police Collective** et le traitement de tout sinistre, et ce en vertu de la législation, les polices d'assurances et tout autre texte applicable au règlement de votre dossier (« **Finalité** »). La base légale du traitement de vos Données Personnelles est (i) l'exécution du contrat (la Police Collective) (ii) le respect d'une disposition légale ou (iii) la sauvegarde nos intérêts légitimes afin de pouvoir assurer notre défense en cas d'action en responsabilité.

Nous pouvons transmettre **Vos** Données Personnelles et celles de la **Personne Assurée** à d'autres parties qui agissent pour **Notre** compte pour ces activités tant à l'intérieur qu'en dehors de l'Espace Économique Européen (« **EEE** »).

Nous pouvons également partager **Vos** Données Personnelles ou celles des **Personnes Assurées** avec d'autres assureurs, autorités de contrôle, agences de prévention des fraudes ou autres parties, comme la loi l'autorise ou l'exige.

Les lois sur la protection des données en dehors de l'EEE peuvent ne pas être aussi étendues que celles de l'EEE, et **Nous** prendrons les mesures suffisantes et adéquates pour que **Vos** Données Personnelles et celles des **Personnes Assurées** soient toujours protégées selon les normes de l'EEE.

Nous prendrons des mesures raisonnables pour veiller à ce que **Vos** Données Personnelles détenues soient précises et uniquement utilisées ou conservées tant que cela s'avère nécessaire pour la réalisation de la Finalité et aussi longtemps que la loi l'exige.

Vous et les **Personnes Assurées** avez le droit d'accéder, de corriger, de supprimer, de restreindre, de vous opposer au traitement de vos Données Personnelles ou d'exercer le droit à la portabilité des données vous concernant, que **Nous** détenons sur **Vous** ou sur les **Personnes Assurées**, dans les limites prévues par le RGDP. **Vous** et les **Personnes Assurées** pouvez exercer les droits mentionnés ci-dessus en nous envoyant une demande écrite à dpo@la-parisienne.fr et/ou privacy@gover.com.

En général, toute question relative au traitement de vos Données Personnelles doit être adressée au délégué à la protection des données (« **DPD** »). Les coordonnées du DPD sont dpo@la-parisienne.fr et/ou privacy@gover.com.

En cas de réclamations relatives au traitement de vos Données Personnelles, celles-ci peuvent être introduites auprès de l'Autorité de Protection des Données.

Modifications que Nous effectuons

Nous pouvons à tout moment modifier des informations non essentielles des présentes Conditions Générales d'Assurance et/ou de la **Police Collective** en **Vous** donnant un préavis écrit d'au moins 30 jours.

Les détails non essentiels sont toutes les modifications qui n'ont pas d'effet sur la couverture d'assurance ou la prime d'assurance, comme la présentation formelle de la police d'assurance ou la typographie.

Si **Vous** refusez ou ne pouvez pas accepter les modifications proposées des conditions, **Vous** avez le droit d'annuler la présente police d'assurance dans une période de 30 jours suivant la date de l'avis écrit qui a été envoyé par **Nous**.

Si la couverture qui **Vous** est fournie pour le compte des **Personnes Assurées** est modifiée à la suite de modifications légales ou réglementaires indépendantes de **Notre** volonté, **Nous** serons alors dans l'impossibilité de **Vous** donner un préavis de 30 jours.

Les **Personnes Assurées** n'ont aucun droit d'annulation en vertu de cette police d'assurance.

Droit et Jurisdiction compétente

Il est convenu que l'Assurance est régie exclusivement par la loi et les usages en vigueur en France, et que tout litige découlant de ladite Assurance ou en rapport avec celle-ci sera soumis exclusivement à la compétence des tribunaux français.

DEFINITIONS

ACCIDENT

Désigne un événement non intentionnel soudain, imprévu et inattendu, qui est externe à la victime, qui se produit à un moment et en un lieu identifiable au cours du **Temps Opératoire** et de la **Période d'Assurance**.

ADMINISTRATEUR

QOVER SA/NV – RPM 0650.939.878 – FSMA 115284A. Le siège social et d'exploitation de QOVER SA/NV est situé rue des Palais 44, à 1030 Bruxelles. QOVER SA/NV exerce ses activités en libre prestations de service en France.

CONDITION PRÉEXISTANTE

Désigne toute condition, blessure, pathologie, maladie ou condition connexe et/ou tous symptômes connexes, diagnostiqués ou non, dont la **Personne Assurée** souffre avant le début de la présente assurance et :

- a) est connue ou devrait raisonnablement être connue de la **Personne Assurée** ; ou
- b) la **Personne Assurée** a vu, ou fait en sorte de voir, un **Médecin**.

Cela ne comprend pas les **Conditions Préexistantes** pour lesquelles les **Personnes Assurées** n'ont pas eu de traitement ni de symptômes depuis au moins 12 mois.

AGRESSION

Une agression est une blessure intentionnelle causée par un **Tiers** non provoquée de la part de la **Personne Assurée** ou une menace de dommage physique par un **Tiers** non provoquée par la **Personne Assurée**, associées à une capacité apparente et actuelle de causer un préjudice à la **Personne Assurée** pendant le **Temps Opératoire**, et qui comprend, sans toutefois s'y limiter, le fait d'être aspergé d'un liquide corrosif et qui exige l'attention d'un **Médecin** ou de se rendre à l'hôpital et qui doit être justifiée par un procès-verbal de Police ou un numéro de dépôt de plainte.

BÉNÉFICIAIRE

La personne ou l'organisme désigné par la **Personne Assurée** dans la présente police, habilitée à recevoir les prestations liées au décès de la **Personne Assurée**. En l'absence d'une personne ou d'un organisme désigné, les prestations liées au décès de la **Personne Assurée** seront versées aux héritiers légaux jusqu'au 3^e degré.

CONVALESCENCE

Désigne le temps de récupération après une hospitalisation et sur l'ordre d'un **Médecin**.

DELAI D'ATTENTE

Délai pendant lequel aucune prestation ne sera accordée, la **Personne Assurée** et le **Remplaçant** ne bénéficie pas de couverture d'assurance

DOMMAGE CORPOREL

Désigne un dommage physique identifiable, ou des blessures physiques, causées par un **Accident**, et uniquement et indépendamment de toute autre cause (à l'exception des traitements médicaux ou chirurgicaux rendus nécessaires par une telle blessure), qui entraînent le décès ou l'incapacité de la **Personne Assurée** dans les douze mois suivant la date de l'**Accident**.

ENFANT A CHARGE

- l'enfant est mineur et ne perçoit pas de revenus propres ;
- l'enfant est infirme et, en raison de son invalidité, est hors d'état de subvenir à ses besoins ;
- l'enfant est majeur et rattaché à votre foyer fiscal

FAMILLE

Est considéré comme famille un ménage comprenant au moins deux personnes et constituée : soit d'un couple (marié ou statut légal équivalent) vivant au sein du ménage, avec le cas échéant son ou ses enfant(s) appartenant au même ménage ; soit d'un adulte avec son ou ses enfant(s) appartenant au même ménage (famille monoparentale)

FRAIS COMPLEMENTAIRES

Dépenses que la **Personne Assurée** sera amenée à déboursier pour l'éducation d'un enfant non conçu lors de la souscription du contrat ou de l'adoption d'un enfant dont les démarches ont été commencées après la date de souscription, pendant la première année de la vie d'un enfant à charge.

GUERRE

Signifie guerre, activités semblables à la guerre, invasion, actes d'ennemis étrangers, hostilités (que la guerre soit déclarée ou non), guerre civile, rébellion, révolution, insurrection, coup d'État militaire ou pouvoir usurpé, émeute ou agitation civile prenant les proportions ou équivalant à un soulèvement, un coup d'État militaire ou un pouvoir usurpé. Le terme **Guerre** comprend tous les actes visant à participer aux hostilités ou à apporter un soutien actif aux participants aux hostilités.

GUERRE ACTIVE

Désigne la participation active d'une **Personne Assurée** à une **Guerre** pour laquelle elle est présumée avoir reçu des instructions ou être employée par les forces armées d'un pays quelconque.

INCAPACITÉ PERMANENTE TOTALE

Désigne une invalidité permanente, totale et irréversible qui empêche totalement une **Personne Assurée** d'exercer toute **Profession** pour laquelle elle est apte par le biais d'une formation ou d'une expérience et qui, selon toute probabilité, se poursuivra jusqu'à la fin de sa vie physique, telle que déterminée par un **Médecin**.

MÉDECIN

Désigne un médecin qualifié qui est enregistré auprès des autorités locales et autorisé à exercer la médecine dans le pays de couverture. Il ne peut être la **Personne Assurée**, toute personne liée à la **Personne Assurée** ou toute personne vivant avec la **Personne Assurée**.

NOUS/NOS/NOTRE

Signifie La Parisienne Assurances SA, dont le siège social est établi à 120-122, rue Réaumur, 75083 Paris (France) et dont le numéro de TVA est FR 59562117085. Société d'assurance non-vie agréée par l'Autorité de Contrôle Prudential et de Résolution (ACPR), 4 Place de Budapest 75009 Paris Cedex 09, sous le numéro 4020259.

PATIENT HOSPITALISÉ

Désigne une **Personne Assurée** qui a subi la procédure complète d'admission à l'hôpital et pour laquelle un dossier clinique a été ouvert, et dont l'admission est nécessaire pour les soins médicaux et le traitement à la suite d'un **Dommage corporel**.

PARAPLÉGIE

Désigne la paralysie permanente, totale et irréversible des deux jambes sous la hanche, la vessie et le rectum.

PÉRIODE D'ASSURANCE

Désigne les dates indiquées dans les Conditions particulières de la Police Collective dans lequel les prestations d'assurance convenues en vertu de la **Police Collective** entre le **Souscripteur de la Police Collective** et **Nous** sont en vigueur.

PERSONNE ASSURÉE

Désigne le coursier qui a un contrat avec le **Souscripteur de la Police Collective** par le biais d'un accord de coursier fournisseur (contrat de prestation de service) valide et en vigueur et qui est en mesure de se connecter à l'application Deliveroo, fournie par le **Souscripteur de la Police Collective**.

REMPLOCANT

Désigne (sauf lorsqu'explicitement exclu dans les Conditions Générales) une personne approuvée par la **Personne Assurée**, qui effectue des livraisons Deliveroo pour le compte de la **Personne Assurée** et qui répond aux critères de l'accord de coursier fournisseur (contrat de prestation de service) valide de la **Personne Assurée**.
Le **Remplaçant** bénéficie des couvertures d'assurances lorsque cela est expressément mentionné dans la garantie.

PERTE D'AUDITION

Désigne la perte permanente, totale et irréversible de l'audition ayant comme conséquence que la **Personne Assurée** soit considérée comme étant sourde d'une ou des deux oreilles.

PERTE D'UN MEMBRE

Désigne, dans le cas d'une jambe ou d'un membre inférieur :

- a) perte par rupture physique permanente au niveau ou au-dessus de la cheville ; ou
- b) perte permanente, totale et irréversible de l'usage de l'intégralité d'une jambe ou d'un pied.

Dans le cas d'un bras ou d'un membre supérieur :

- a) perte par rupture physique permanente des quatre doigts au niveau ou au-dessus des articulations métacarpo-phalangiennes (où les doigts rejoignent la paume de la main) ; ou
- b) perte permanente, totale et irréversible de l'usage de l'intégralité d'un bras ou d'une main.

PERTE DE LA VUE

Désigne la perte physique permanente, totale et irréversible d'un ou des deux yeux ou la perte permanente, totale et irréversible d'une part substantielle de la vue d'un ou des deux yeux. **Nous** considérerons que la perte de la vue est substantielle si la vue restant dans un œil est évaluée à 3/60 ou moins sur l'échelle de Snellen après correction avec des lunettes ou des lentilles de contact. (À 3/60 sur l'échelle de Snellen, une personne peut voir à 3 pieds quelque chose qu'une personne qui n'a pas perdu la vue devrait pouvoir voir à 60 pieds).

PERTE DE LA PAROLE

Désigne la perte permanente, totale et irréversible de la capacité de parole.

POLICE COLLECTIVE

La combinaison des présentes *Conditions Générales valant Notice d'Information* (intitulée '*Police Collective – Couverture en matière d'accident Personnel– Conditions Générales*'), des Conditions Particulières de la Police Collective (intitulé '*Master Policy Schedule - Group Accident Insurance*') et de tout avenant ci-joint.

REVENU BRUT JOURNALIER

Désigne le montant que la **Personne Assurée** reçoit chaque jour du **Souscripteur de la Police Collective** à l'égard des livraisons effectuées.

RISQUES NUCLÉAIRES

Désigne les radiations ionisantes ou la contamination par radioactivité de tout combustible nucléaire ou de tout déchet nucléaire provenant de la combustion de combustible nucléaire, ou des explosifs radioactifs toxiques ou d'autres propriétés dangereuses d'un assemblage nucléaire explosif ou d'un composant nucléaire de celui-ci.

TEMPS OPÉRATOIRE

Désigne le temps à partir duquel la **Personne Assurée** s'est connectée à l'application du **Souscripteur de la Police Collective** et jusqu'à une heure par la suite pendant la **Période d'Assurance** indiquée aux Conditions Particulières de la **Police Collective**, ou la date à partir de laquelle la Personne Assurée a conclu un contrat avec le **Souscripteur de la Police Collective**, si celle-ci est la plus tardive, jusqu'à la date d'expiration de la **Période d'Assurance** indiquée aux Conditions Particulières de la **Police Collective**, ou la date de résiliation du contrat de la Personne Assurée avec le **Souscripteur de la Police Collective**, si celle-ci est la plus récente.

QUADRAPLEGIE

Désigne la paralysie permanente, totale et irréversible des deux bras en dessous de l'épaule et des deux jambes en dessous de la hanche.

TRAVAIL/TRAVAILLER

Désigne la **Personne Assurée** engagée par le **Souscripteur de la Police Collective** et disponible pour se charger des demandes de livraison via l'application fournie par le **Souscripteur de la Police Collective** et/ou **Compagnies Affiliées**. Désigne le Remplaçant qui a conclu un contrat avec la **Personne Assurée** et qui est disponible pour accepter et effectuer les demandes de livraison par l'entremise de l'application fournie par le **Souscripteur de la Police Collective**.

VOUS/VOTRE/SOUSCRIPTEUR DE LA POLICE COLLECTIVE

Désigne le **Souscripteur de la Police Collective** identifié comme Deliveroo France SAS dans les conditions particulières de la Police Collective qui a conclu la police et a payé le montant total de la prime à l'assureur.

Les obligations et devoirs découlant du contrat sont à la charge du **Souscripteur de la Police Collective**, à l'exception de celles qui, de par leur nature, doivent être remplis par la **Personne Assurée**. Les prestations découlant du contrat d'assurance seront versées à la **Personne Assurée**.

Il est expressément indiqué que l'obligation de payer la prime est assumée exclusivement par le **Souscripteur** de la **Police Collective**.