RECAPITULATIF DES GARANTIES PROPOSEES

|  |  |
| --- | --- |
| **RESPONSABILITE / DEFENSE RECOURS** | |
| **MONTANTS DE GARANTIE** | **FRANCHISE** |
| Tous dommages confondus = 6 115 000 € dont : | |
| Dommages matériels et immatériels consécutifs ……..……..... 3 000 000 Euros | **NEANT** sauf 150 Euros pour :  *-dommages matériels entre assurés*  *- biens confiés* |
| Produits livrés …………………………………………………………………….. 600 000 Euros |
| Atteintes accidentelles à l'environnement ………………………... 1 500 000 Euros |
| Biens confiés ………………………………………………………………………. 2 000 Euros |
| Vestiaires organisés ……………………………………………………………. 2 000 Euros |
| Locaux occasionnels d'activités ………………………………………….. 300 000 Euros *Pour les seuls dommages matériels d'incendie, d'explosion, de dégâts des eaux et de bris de glace* |
| Défense/Recours ………………………………………………………………… 16 000 Euros | *Seuil d'intervention : 1 000 Euros* |

|  |
| --- |
| **RESPONSABILITE PERSONNELLE DES DIRIGEANTS**  *Assurés : les dirigeants membres du bureau dans la limite de 9 personnes* |
| **MONTANT DE GARANTIE** |
| Dommages immatériels non consécutifs …………………………………… 150 000 Euros par sinistre et par année d'assurance |

ASSISTANCE AUX PERSONNES

|  |
| --- |
| **INDEMNISATION DES ACCIDENTS CORPORELS**  *Assurés : les dirigeants membres du bureau dans la limite de 9 personnes* |
| Décès …………………………………………………………………………………………………………………………………………… Capital 10 000 Euros |
| Incapacité permanente ………………………………………………………………………………………………………………… Capital 40 000 Euros Le capital versé est obtenu en multipliant le taux d'invalidité par le plafond de 40 000 Euros. Si ce taux est supérieur ou égal à 66 %, le capital est entièrement versé.  ***Aucune indemnité ne sera versée lorsque le taux d'invalidité sera inférieur à 5%.*** |
| Frais de traitement : remboursement sur la base du double du tarif conventionnel de la Sécurité sociale ou si cela est plus favorable à l'assuré, à concurrence de : |
| > Frais de remplacement ou de réparation des appareils prothétiques ou orthopédiques existants, détériorés  accidentellement ………………………………………………………………………………………………………………………………………….. 400 Euros |
| > Frais de prothèses dentaires ……………………… À concurrence de 400 Euros par dent avec un maximum de 1 000 Euros |
| > Frais d'optique …………………………………………………………………………………………………………………………………………… 200 Euros |
| > Frais de transport et de rapatriement du blessé par ambulance ………………….……………………………………………. 600 Euros |
| > Frais de transport de l'accompagnateur reconnu médicalement indispensable ………………………………………… 300 Euros |
| > Frais de recherche et de sauvetage ………………………………………..………………………………………………………………….. 600 Euros |
| > Frais d'évacuation primaire des pistes de ski ……………………………………………………………………………………………… 400 Euros |

|  |
| --- |
| **PROTECTION JURIDIQUE** |
| Plafond de garantie …………………………………………………………………………………………..………………………. 25 000 Euros par litige |
| Seuil d'intervention …….………………...……………………………………………………………………………………………………………... 200 Euros |

|  |  |
| --- | --- |
| **ASSURANCE DES BIENS MOBILIERS**  *appartenant à l'assuré ou confiés à lui pour son usage exclusif et lorsqu'ils se trouvent à l'intérieur d'un bâtiment clos et couvert* | |
| **Evénements dommageables assurés** : Incendie / Explosion / Chute directe de la foudre / Électricité / Chute d'aéronefs  / Choc d'un véhicule terrestre identifié / Fumées / Tempête, Grêle, Poids de la neige / Dégâts des eaux / Vol et actes de vandalisme / Catastrophes naturelles / Attentats | |
| **MONTANT DE GARANTIE** | **FRANCHISE** |
| A concurrence des dommages dans la limite de 20 000 Euros | Tous événements : 150 Euros Catastrophe naturelles : franchise légale |
| **AUTO MISSION : GARANTIE COMPLEMENTAIRE**  *Assurés : les dirigeants membres du bureau dans la limite de 9 personnes* | |
| > frais de réparation des dommages subis par le véhicule à la suite, d'un incendie, d'une explosion, d'un attentat ou actes de terrorisme …………………………………………………………………………………………………………….. dans la limite de 500 Euros | |
| > lorsque le véhicule est déjà assuré contre les événements ci-dessus, remboursement de la franchise éventuelle restée à la charge de l'assuré ……………………………………………………………………………………………...…… à hauteur de 500 Euros | |

**Lettre de résiliation**

<NOM DE LA PERSONNE MORALE>

<ADRESSE>

<CP> <VILLE>

MACIF

2 et 4 RUE DE PIED DE FOND

79000 NIORT

A <VILLE>, le <DATE>

**OBJET : RESILIATION CONTRAT D'ASSURANCE**

<N° CONTRAT>

Monsieur le Directeur,

J'ai l'honneur de vous informer par la présente lettre recommandée que j'entends faire cesser les effets du contrat d'assurance dont les références sont indiquées ci-dessus, conformément au Code des assurances et aux conditions générales et particulières dudit contrat, à sa date d'anniversaire soit le <DATE D'ECHEANCE>.

Dans ces conditions, je respecte le délai de préavis de <NOMBRE DE MOIS> auquel je suis tenu(e).

Veuillez agréer, Monsieur le Directeur, l'expression de mes salutations distinguées.

SIGNATURE