

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

## TABLE DES MATIERES

<b>CONDITIONS GENERALES .....</b>	<b>1</b>
COMMENT CONTACTER L'ADMINISTRATEUR .....	2
<b>CE QUI EST COUVERT .....</b>	<b>3</b>
A.    CATEGORIE DE COURSIERS COUVERTS : .....	3
B.    LES GARANTIES.....	4
1) <i>Décès accidentel et Incapacité permanente et temporaire</i> .....	4
2) <i>Incapacité Permanente et perte d'usage</i> .....	6
3) <i>Incapacité totale temporaire résultant d'un Dommage Corporel dû à un Accident</i> .....	7
4) <i>Frais médicaux liés à un Dommage Corporel couvert en raison d'un accident</i> .....	7
5) <i>Prestations pendant la convalescence suite à un Accident</i> .....	8
6) <i>Prestations pour cicatrices au visage uniquement en cas d'agression</i> .....	8
7) <i>Luxation nécessitant une réduction sous anesthésie suite à un Accident</i> .....	8
8) <i>Prestations en matière dentaire suite à un Accident</i> .....	8
9) <i>Patient hospitalisé à la suite d'un Accident</i> .....	8
10) <i>Prestation pour inhabilité à travailler dû à l'obligation de se présenter à un service de jury</i>	8
11) <i>Prestation pour la Famille</i> .....	9
12) <i>Service de conseil</i> .....	9
<b>CE QUI N'EST PAS COUVERT .....</b>	<b>10</b>
<b>DISPOSITIONS GENERALES .....</b>	<b>11</b>
<b>DEFINITIONS .....</b>	<b>15</b>

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** (NUMERO DE POLICE UK40116070229253) 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 » à la fin de ce document.

### 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
<p>RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX contact@qover.com</p> <p>POUR LES DÉCLARATIONS DE SINISTRE</p> <p><a href="http://deliveroo.qover.com">http://deliveroo.qover.com</a></p>	<p>RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX +33 9 71 07 28 38 De 9 à 16 h</p>
Via notre site internet	Par courrier postal
<p><a href="http://www.qover.com">www.qover.com</a></p>	<p>QOVER SA/NV Rue du Commerce 31 – 1000 Bruxelles – Belgique</p>

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 !

## Critères d'éligibilité

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

- a. elle a moins de 74 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 :

#### 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

#### 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

### 1. Décès accidentel, Meurtre 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 **Dommage Corporel** en raison d'un **Accident** ou bien d'un **Meurtre** survenu pendant le **Temps Opératoire** qui entraîne un **Dommage Corporel**.

TABLEAU DES PRESTATIONS

Préjudices couverts	Valeur assurée
Décès Accidentel (accident uniquement)	50 000 EUR
Meurtre	50 000 EUR
Frais funéraires (accident uniquement)	3 000 EUR
<b>Quadraplégie</b> (accident uniquement)	50 000 EUR
<b>Paraplégie</b> (accident uniquement)	50 000 EUR
<b>Perte de la vue</b> d'un œil (accident uniquement)	12 500 EUR
<b>Perte de la vue</b> des deux yeux (accident uniquement)	25 000 EUR
<b>Perte d'un membre</b> (accident uniquement)	25 000 EUR
<b>Incapacité permanente totale</b> (accident uniquement)	50 000 EUR (montant total vaut pour 100% d'incapacité)
<b>Perte de l'ouïe</b> aux deux oreilles	25 000 EUR

(accident uniquement)	
<b>Perte de l'ouïe</b> à une oreille (accident uniquement)	6 250 EUR
<b>Perte de la parole</b> 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
<b>Incapacité temporaire totale</b> résultant d'un <b>Dommege corporel</b> découlant d'un <b>Accident</b>	<p>75 % de la moyenne du <b>Revenu brut journalier de la Personne Assurée</b> (reçu du <b>Souscripteur de la Police Collective</b>) ou 50 EUR (le plus petit montant des deux) pour une période maximale de 30 jours à compter de la fin du <b>Délai d'Attente</b></p> <p>Si la <b>Personne Assurée</b> a conclu un contrat avec le <b>Souscripteur</b> de la <b>Police Collective</b> depuis moins de 60 jours à la date du <b>Dommege Corporel</b> 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 <b>Délai d'Attente</b></p> <p>Si la <b>Personne Assurée</b> est un Remplaçant à la date du <b>Dommege Corporel</b>, 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 <b>Délai d'Attente</b></p> <p><b>Délai d'Attente</b> : 7 jours</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 -

**1) 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 **Domage 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) Meurtre**

Si, durant le **Temps Opératoire**, une **Personne Assurée** décède à la suite d'un **Meurtre**, c'est-à-dire, un homicide volontaire commis sans préméditation, **Nous** réglerons la somme forfaitaire telle qu'indiquée dans le Tableau des Prestations.

- Toute prestation pour **Meurtre** 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.
- Dans le cas d'une demande de règlement valide en cas de **Meurtre** 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.

**3) Incapacité Permanente et perte d'usage**

Si, pendant le **Temps Opératoire**, une **Personne Assurée** est impliquée dans un **Accident** et subit un **Domage 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.

#### **4) Incapacité totale temporaire résultant d'un Dommage 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 **Dommage Corporel**.

Si la **Personne Assurée** a conclu un contrat avec Deliveroo depuis moins de 60 jours à la date du **Dommage 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 **Dommage 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 **Dommage Corporel** pendant 7 jours consécutifs, la **Personne Assurée** recevra la prestation d'Incapacité temporaire totale résultant d'un **Dommage Corporel** indiquée dans le Tableau des Prestations.

#### **5) Frais médicaux liés à un Dommage Corporel couvert en raison d'un accident**

**Nous** indemniserons la **Personne Assurée** pour les frais engagés à la suite d'un **Dommage 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**.

#### 6) 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 **Dompage Corporel** (uniquement après un séjour hospitalisé de minimum 24h) dû à un **Accident** sur l'avis ou à la demande d'un **Médecin**.

#### 7) Prestations pour cicatrices au visage uniquement en cas d'agression

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.

#### 8) Luxation nécessitant une réduction sous anesthésie suite à un Accident

Si, à la suite d'un **Dompage 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

#### 9) 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.

#### 10) 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 **Dompage Corporel** jusqu'à un maximum de 40 nuits et jusqu'à 1.200 EUR.

#### 11) Prestation pour inhabilité 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.

## **12) 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 2-11 sont payées en supplément de tout montant payé pour toute autre prestation en vertu de la présente **Police Collective**.

## **13) Service de conseil**

Lignes d'assistance téléphonique – **0 806 806 801** de 9h à 18h

Les services d'assistance téléphonique suivants font partie de cette **Police** et **Vous** pouvez les utiliser jusqu'à 3 fois pendant la **Période d'Assurance**. Veuillez noter qu'il **Vous** sera demandé de fournir le numéro de police suivant : UK40116070229253.

### **Service de conseil**

- a) Identifier et gérer le stress et les situations stressantes.
- b) Conseils en cas de cirse.
- c) Soutien psychologique en cas d'endettement.
- d) Soutien psychologique en cas de dépendance.
- e) Soutien sur les aspects émotionnels de la vie avec une blessure ou une incapacité de longue durée.
- f) Après un décès, soutien et assistance au client endeuillé et à ses collègues de travail pour faire face au traumatisme de leur perte.
- g) Soutien pour faire face à l'impact psychologique de l'impossibilité de continuer à travailler en raison d'une blessure.
- h) Signalisation et coordonnées d'organisations offrant des services de conseil en face à face.

### **Conseils fiscaux personnalisés**

Conseils généraux sur des questions fiscales de nature personnelle (à l'exclusion des conseils de planification financière portant sur les moyens d'éviter ou de réduire l'obligation fiscale personnelle).

### **Conseils médicaux**

- a) Informations médicales générales pouvant être fournies par téléphone.
- b) Comment obtenir des informations sur la longueur des listes d'attente des hôpitaux.
- c) Fournir des détails sur des sources d'information supplémentaires et des sociétés spécialisées dans le traitement de handicaps particuliers.
- d) Des informations sur les services disponibles auprès des services sociaux.
- e) Des conseils sur la manière d'obtenir un deuxième avis.

### Conseils sur le deuil pour *Vous* ou *Votre* famille

- a) Informations sur la localisation des testaments, l'obtention de l'homologation ou des lettres d'administration ou la nécessité de consulter un avocat.
- b) Des conseils sur la manière d'enregistrer un décès, les devoirs du coroner et des informations sur les documents exigés par l'officier d'état civil.
- c) Conseils pour l'orientation vers une entreprise de pompes funèbres et conseils sur les détails pratiques.

**Le prestataire de services fournira les services d'assistance et de conseil personnels décrits dans les conditions générales, en faisant preuve de soin et de compétences conformes aux bonnes pratiques de l'industrie et aux normes professionnelles. Lorsqu'il utilise les services, le coureur doit toujours faire preuve de diligence raisonnable et d'un jugement raisonnable. Les services peuvent inclure des directives, des recommandations ou l'interprétation de données. Le coureur est seul et exclusivement responsable de décider de toute action ou omission particulière et de mettre en œuvre toute action ou de prendre toute décision sur cette base. Le prestataire de services, l'administrateur et l'assureur déclinent toute responsabilité à l'égard de ces actions ou décisions et de leurs conséquences.**

### 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 324-1 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**.
- ix) Tous les Dommages survenus en dehors de la France Métropolitaine
- x) Les **Dommages Corporels** subis par la **Personne Assurée** des suites d'accidents, d'infirmité ou de maladies dont la survenance est antérieure à la date de souscription de l'Assuré,
- xi) Les **Dommages Corporels** subis par la **Personne Assurée** aggravant une infirmité préalable du fait de la négligence du conducteur dans son traitement médical,
- xii) Les **Dommages Corporels** subis par la **Personne Assurée** lors d'un Accident dont l'origine est une crise d'épilepsie ou une embolie cérébrale.

## Dispositions générales

### 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 **Domage 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

Que faire en cas de réclamation?

Nous avons la volonté de **Vous** apporter en permanence, ainsi qu'aux **Personnes Assurées**, la meilleure qualité de service.

Des mécontentements peuvent cependant survenir au cours de la relation entre **Vous** ou la **Personne Assurée** et **Votre** assureur, et nous restons à l'écoute de toute réclamation.

Si **Votre** réclamation ou celle de la **Personne Assurée**, porte sur la gestion de votre contrat ou la gestion d'un sinistre, consultez tout d'abord votre gestionnaire assurance en composant le n° +33 971 07 28 38 (prix d'un appel local depuis un poste fixe – entre 9 h et 16 h)

Courriel : [complaints@qover.com](mailto:complaints@qover.com)  
Courrier : QOVER SA/NV  
Département médiation  
Rue du Commerce 31, 1000, Bruxelles  
Belgique

**Vous** ou la **Personne Assurée** peuvent également s'adresser à Wakam, en écrivant à l'adresse suivante :

**Wakam**  
Service Réclamations  
120-122 Rue Réaumur  
TSA 60235  
75083 PARIS Cedex 02

Wakam s'engage à accuser réception de **Votre** correspondance ou celle de la **Personne Assurée** dans un délai de 10 jours ouvrables (sauf si Wakam vous a déjà apporté une réponse au cours de ce délai), et à traiter **Votre** réclamation ou celle de la **Personne Assurée** dans un délai maximal de 60 jours ouvrables à compter de la réception de Votre courrier.

Finalement, vous pouvez saisir par écrit 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 :

Le Médiateur est une personnalité extérieure à Wakam qui exerce sa mission en toute indépendance. Ce recours est gratuit. Il rend un avis motivé dans les 3 mois qui suivent sa saisine.

Les dispositions de traitement de plaintes précitées ne portent pas préjudice à Votre droit ou à celui de la Personne Assurée de lancer des poursuites judiciaires.

## **Approbat**ion 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**

### Traitement de vos données personnelles

Dans le cadre des services et produits que Wakam et ses partenaires vous fournissent, **Vous** ou la **Personne Assurée** sont amenés à communiquer des données personnelles vous concernant, telles que : Données relatives à votre identité (nom, prénoms, adresse postale, numéro de téléphone, adresse e-mail...) ; Données personnelles dites « sensibles », telles que des données de santé.

Il se peut que nous ne soyons pas en mesure de **Vous** fournir ou à la **Personne Assurée** des produits ou services spécifiques si **Vous** ou la **Personne Assurée** ne nous fournissez pas certaines données personnelles.

Ces données personnelles peuvent être utilisées pour les finalités suivantes : La gestion de votre contrat et police d'assurance, l'exécution des garanties du contrat (y compris la gestion de sinistres) et la gestion des réclamations et des contentieux, ces traitements étant nécessaires à l'exécution de votre contrat ; Le contrôle et la surveillance des risques, cela nous permettant de prévenir les activités frauduleuses et d'assurer le recouvrement des sommes dues et étant donc nécessaire aux fins de nos intérêts légitimes ; L'élaboration de statistiques et d'études actuarielles, cela nous permettant d'améliorer les offres et services proposés et étant donc nécessaire aux fins de nos intérêts légitimes ; La lutte contre la fraude à l'assurance et la lutte contre le blanchiment d'argent afin de nous conformer à nos obligations légales.

Ces données personnelles seront conservées pour la durée strictement nécessaire à la fourniture du service et à l'exécution du contrat, selon notre politique de conservation des données, ou selon les dispositions légales applicables.

#### Divulgateion de vos données personnelles

Vos données personnelles ou celle de la **Personne Assurée** peuvent être divulguées aux tiers suivants : Aux sociétés de notre groupe telles que notre maison mère et les sociétés qui lui sont affiliées ; A nos prestataires de services et sous-traitants, pour les besoins de la gestion et l'exécution de votre contrat ; A d'autres compagnies d'assurance (intermédiaires, réassureurs) ; Aux autorités publiques, afin de prévenir ou détecter la fraude ou toute autre activité criminelle et afin de satisfaire à nos obligations légales et réglementaires.

#### Transferts internationaux de vos données personnelles

Nous pouvons être amenés à transférer vos données personnelles ou celle de la **Personne Assurée** en dehors de l'Union Européenne, notamment dans des pays n'étant pas considérés comme fournissant un niveau de protection suffisant selon la Commission européenne. Afin d'assurer un niveau de sécurité adéquat, ces transferts seront encadrés par les clauses contractuelles types établies par la Commission européenne, ou par d'autres garanties appropriées conformément à la réglementation relative à la protection des données en vigueur.

#### Vos droits et ceux de la Personne Assurée

Conformément à la réglementation relative à la protection des données en vigueur, **vous** ou la **Personne Assurée** peuvent exercer leurs droits tels que le droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation, de portabilité, d'opposition au traitement de leurs données personnelles, ainsi que du droit de donner des directives relatives au sort de leurs données personnelles après votre/leur décès. S'ils estiment que le traitement de leurs données personnelles constitue une violation de la réglementation relative à la protection des données en vigueur, ils ont également le droit d'introduire une réclamation auprès de l'autorité de protection des données à l'adresse suivante :

CNIL – 3 Place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 PARIS CEDEX 07

#### Nous contacter

Pour toute question, renseignement, ou pour exercer vos droits ou ceux de la **Personne Assurée** relatifs aux données personnelles, veuillez contacter notre Délégué à la Protection des Données à l'adresse suivante : Délégué à la Protection des Données, Wakam – 120-122 rue Réaumur – 75002 Paris – France ; ou par courriel : [dpo@wakam.com](mailto:dpo@wakam.com)

### **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 Juridiction 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.

## Définitions

### 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 Opérateur** et de la **Période d'Assurance**. Sont considérés comme un **Accident** au sens contractuel du terme, les accidents vasculaires cérébraux, les crises cardiaques ainsi que les ruptures d'anévrismes.

### ADMINISTRATEUR

QOVER SA/NV – RPM 0650.939.878 – FSMA 115284A. Le siège social et d'exploitation de QOVER SA/NV est situé rue du Commerce 31, à 1000 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 Opérateur**, 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<sup>e</sup> 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**.

## 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)

## 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**.

## MEURTRE

Homicide volontaire d'un individu accompli sans préméditation.

## NOUS/NOS/NOTRE

Signifie Wakam, 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 Prudentiel 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 **Dommege 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**.