



CONDITIONS GÉNÉRALES

CAP WORKING HOLIDAY FRANCE

SOMMAIRE

QUE FAIRE EN CAS DE SINISTRE ?

page 2

TABLEAU DES GARANTIES

page 3

GARANTIE FRAIS MÉDICAUX EN FRANCE ET À L'ÉTRANGER

page 5

Contrat QUATREM N°0027921 10000 006 Notice d'Information

- ④ Garanties souscrites
- ④ Garanties frais médicaux et chirurgicaux
- ④ Dispositions générales
- ④ Cotisation

GARANTIE ASSISTANCE RAPATRIEMENT ET ASSURANCE VOYAGE

page 15

Contrat EUROP ASSISTANCE N°IB1900383FRCA2

- ④ Tableau des garanties
- ④ Notice d'information précontractuelle
- ④ Dispositions générales
- ④ Dispositions particulières



QUE FAIRE EN CAS DE SINISTRE ?

CAP WORKING HOLIDAY FRANCE

BESOIN D'ASSISTANCE ?

HOSPITALISATION GRAVE, RETOUR ANTICIPÉ, RAPATRIEMENT

Indiquez-nous :

- Vos nom(s) et prénom(s)
- Vos coordonnées (adresse, n° de téléphone)
- Votre numéro d'adhésion
- Le numéro de police : **IB1900383FRCA2**

Appelez le plateau d'assistance
24/24 et 7/7 au :
+33 (0)1 41 85 93 16

REMBOURSEMENT DES FRAIS MÉDICAUX ?

DÉCLAREZ VOTRE SINISTRE SOUS 15 JOURS ET FOURNIR LES JUSTIFICATIFS SUIVANTS :

- N° de Police : **0027921 10000 006**
- Copie de votre visa working holiday
- RIB
- Factures des soins réglés
- Prescriptions médicales
- Le questionnaire médical complété par le professionnel de santé (reçu lors de la souscription)
- Rapport de police en cas d'accident
- Rapport de l'hôpital en cas d'hospitalisation

Pour les Frais médicaux < 500 €, scannez les factures et déclarez votre sinistre en ligne :
www.chapkadirect.fr/sinistre

Pour les Frais médicaux > 500 €, envoyez les documents originaux sous pli confidentiel, à l'attention du « médecin conseil » à :

Aon France / Chapka Assurances
31-35 rue de la Fédération
75015 Paris

Conservez bien les originaux, ils peuvent vous être demandés en cas de contrôle par l'assureur.

LES AUTRES GARANTIES DU CONTRAT (Bagages, RC, Individuelle Accident)

DÉCLARATION EN LIGNE

- Munissez-vous de votre numéro d'adhésion.
- Déclarez :
 - dans les 5 jours pour la RC et l'individuelle accident
 - dans les 2 jours en cas de vol

Attention en cas de vol de bagages : l'Assuré/Adhérent doit obligatoirement déposer plainte auprès des autorités locales compétentes dans un délai de Vingt Quatre Heures suivant la date du Sinistre. Seuls les objets déclarés et repris sur le dépôt de plainte seront indemnisés.

Déclarez votre sinistre et téléchargez les documents sur :

<http://www.chapkadirect.fr/sinistre>

Conservez bien les originaux, ils peuvent vous être demandés.



TABLEAU DES GARANTIES

CAP WORKING HOLIDAY FRANCE

ACTE	PLAFOND
L'hospitalisation de plus de 24 heures et l'accouchement sont soumis à l'entente préalable de l'assureur	
HOSPITALISATION ET MÉDECIN DE VILLE	
Hospitalisation (hors maternité) et médecine de ville	300 000 € Prise en charge au 1 ^{er} euro, 100% des frais réels,
HOSPITALISATION	
Frais de séjour, honoraires, autres frais médicaux, transport en ambulance	100% des frais réels sous déduction d'une franchise de 20 € par acte
Indemnité journalière	30 € <u>par jour d'hospitalisation</u> du 6 ^e au 10 ^e jour consécutif d'hospitalisation <u>et une fois pendant la validité de l'adhésion</u>
Maternité : Soins relatifs à la grossesse, accouchement par voie basse ou césarienne sous réserve des dispositions de l'article 3.3.3 (Date d'effet, durée des garanties)	75% des frais réels et de 10 000 € pour la durée de l'adhésion
MÉDECINE DE VILLE (HORS HOSPITALISATION)	
Consultations médicales Visites médicales Auxiliaires médicaux (hors kinésithérapie) Analyses médicales Actes techniques médicaux Imagerie médicale, Médicaments (sauf vaccins, moyens de contraception)	100% des frais réels sous déduction d'une franchise de 20 € <u>par acte</u>
Kinésithérapie	75% des frais réels <u>et de 10 séances maximums pour la durée de l'adhésion</u>
FRAIS DENTAIRES	
Pansements, obturation, dévitalisation ou extraction	· SI LES FRAIS SONT CONSÉCUTIFS À UN ACCIDENT: 100% des frais réels et de 440 € par dent avec un maximum de 1 300 € par sinistre. · DANS LES AUTRES CAS : 100% des frais réels et de 500 € pour la durée de l'adhésion
OPTIQUE UNIQUEMENT EN CAS D'ACCIDENT	
Monture, verres, lentilles	100% des frais réel et de 200 € pour la durée de l'adhésion

PRESTATIONS D'ASSISTANCE	MONTANTS TTC*/PERSONNE
ASSISTANCE AUX PERSONNES EN CAS DE MALADIE OU BLESSURE	
Transport/Rapatriement	Frais réels
Présence hospitalisation	Billet AR + 80 € / nuit (max 10 nuits)
Retour anticipé en cas d'hospitalisation d'un membre de la famille	Billet Aller / Retour
ASSISTANCE EN CAS DE DÉCÈS	
Transport de corps	Frais réels
Frais de cercueil ou d'urne	2 000 €
Retour anticipé en cas de décès d'un membre de la famille	Billet Aller / Retour
ASSISTANCE VOYAGE	
Frais de recherche et de secours en mer, en montagne et dans le désert	5 000 €

GARANTIES D'ASSURANCE	MONTANTS TTC*/PERSONNE
BAGAGES ET EFFETS PERSONNELS	
Vol, destruction totale ou partielle, perte pendant l'acheminement par une entreprise de transport	1 000 €
Franchise	30 €
Objets précieux	Limités à 50% du montant de la garantie

RESPONSABILITÉ CIVILE VIE PRIVÉE EN FRANCE	
Plafond global de garantie en deuxième ligne :	4 000 000 € / événement
dont dommages corporels et dommages immatériels consécutifs à des dommages corporels garantis	4 000 000 € / événement
dont dommages matériels et dommages immatériels consécutifs à des dommages matériels garantis	450 000 € / événement
Franchise	150 €

INDIVIDUELLE ACCIDENT DE VOYAGE	
Capital Décès	15 000 €
Capital Invalidité	50 000 €

*Taux applicable selon la législation en vigueur



Aon France
 agissant sous le nom commercial **Chapka Assurances**.
Siège social
 31-35 rue de la Fédération, 75717 Paris Cedex 15
 t +33(0)1 47 83 10 10
 aon.fr

N° ORIAS 07 001 560
 SAS au capital de 46 027 140 euros
 414 572 248 RCS Paris
 N° de TVA intracommunautaire : FR 22 414 572 248
 Garantie financière et assurance de responsabilité civile professionnelle conformes aux articles L.512-7 et L.512-6 du Code des assurances



CONDITIONS GÉNÉRALES

CAP WORKING HOLIDAY FRANCE

CONTRAT N°0027921 10000 006



GARANTIE FRAIS MÉDICAUX EN FRANCE ET À L'ÉTRANGER

LEXIQUE

Dans le présent contrat les termes suivants sont utilisés :

Sauf disposition spécifique prévue à la garantie, les définitions ci-après s'entendent au jour de l'événement considéré :

L'ASSUREUR

Quatrem, SA au capital de 510 426 261 euros, régie par le Code des assurances, dont le siège social est situé 21 rue Laffitte - 75009 Paris, 412 367 724 RCS Paris, Société du groupe **Malakoff Médéric Humanis**.

LE SOUSCRIPTEUR

L'association **Chapka** qui a conclu le contrat d'assurance avec l'assureur. Cette association est une association de la loi de 1901 dont le siège est situé 31-35 rue de la Fédération, 75717 Paris cedex 15.

L'ADHÉRENT

La personne physique, **membre de l'association** Chapka répondant aux conditions d'adhésion objet de l'article 3.2.1 (Conditions d'adhésion au contrat), et adhérent au contrat.

L'ASSURÉ

Est considérée comme Assuré :

L'adhérent admis à l'assurance sur qui repose le risque assuré, âgé de 18 à 35 ans, se rendant en France à des fins touristiques et culturelles, et qui a la possibilité d'y travailler pour une durée maximum de 12 mois.

ACCIDENT

Toute atteinte à l'intégrité physique, non intentionnelle et provenant de l'action, soudaine et imprévisible d'une cause extérieure à l'assuré.

MALADIE GRAVE ET INOPINÉE

Désigne toute altération de la santé soudaine et imprévisible constatée par une autorité médicale compétente nécessitant un traitement médical ne pouvant attendre le retour dans le pays de domicile.

SÉCURITÉ SOCIALE

Régime général français d'assurance maladie des travailleurs salariés.

RÉGIME LOCAL DE SÉCURITÉ SOCIALE

Le régime de Sécurité sociale en vigueur dans le pays de domicile de l'assuré.

AUTORITÉ MÉDICALE COMPÉTENTE

Professionnel de santé ayant obtenu un diplôme dans une école de médecine figurant sur la liste de l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.) et autorisé à pratiquer son art dans le pays où sont administrés les soins.

PRATIQUE MÉDICALE EN VIGUEUR

Désigne un acte médical correspondant au traitement habituellement pratiqué pour soigner la pathologie à traiter en respect des normes déontologiques communément admises hors traitement expérimental, essai clinique, recherche médicale.

HOSPITALISATION

Admission de l'assuré dans un établissement de santé (hôpital ou clinique) afin d'y subir une intervention chirurgicale ou un traitement médical.

Entrent également dans la présente définition : l'hospitalisation de jour et l'hospitalisation à domicile lorsqu'elles sont médicalement justifiées.

SOINS PROGRAMMÉS

Les soins sont dits « programmés » lorsqu'ils sont prévus plus de VINGT QUATRE HEURES avant leur réalisation effective.

VILLÉGIATURE

Séjour touristique en dehors de France ne dépassant pas :

- QUATRE VINGT DIX (90) jours consécutifs et déclarés à l'assureur en cas de villégiature hors de France,
- TRENTE (30) jours consécutifs et déclarés à l'assureur en cas de villégiature dans le pays de Domicile.

DEVISE DU CONTRAT

L'euro.

CALCUL DE L'ÂGE

L'âge est calculé par différence de millésime entre l'année de naissance et celle de l'adhésion.

PAYS DE DOMICILE

Est considéré comme Domicile votre lieu principal et habituel d'habitation déclaré lors de l'adhésion au contrat et figurant au certificat d'adhésion. Il est situé dans le monde entier.

PARTICIPATION FORFAITAIRE (ARTICLE L160-13 DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE)

Montant forfaitaire non remboursé par la Sécurité sociale. Cette participation forfaitaire, à la charge de l'assuré, concerne les consultations, les actes des médecins et les actes biologiques.

La participation forfaitaire n'est pas remboursée par l'assureur.

FRANCHISE (ARTICLE L160-13 DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE)

La franchise est une somme déduite des remboursements effectués par la Sécurité sociale sur les frais pharmaceutiques, les actes des auxiliaires médicaux, les frais de transports sanitaires à l'exception des transports d'urgence.

La franchise n'est pas remboursée par l'assureur.

1. GARANTIES SOUSCRITES

1.1. GARANTIES SOUSCRITES

Les actes suivants sont pris en charge par l'assureur dans les conditions fixées au titre 2 (Garantie frais médicaux et chirurgicaux), le cas échéant en complément des prestations versées par la Sécurité sociale, le régime local de Sécurité sociale ou tout autre couverture complémentaire frais de santé dont bénéficie l'assuré à quelque titre que ce soit.

1.1.1. HOSPITALISATION

L'hospitalisation de plus de 24 heures et l'accouchement sont soumis à l'entente préalable de l'assureur.

ACTES

Frais de séjour, honoraires, autres frais médicaux, transport en ambulance

dans la limite de :

100% des frais réels et de 300 000 €

Indemnité journalière

Lorsqu'un assuré est victime d'un Accident ou d'une Maladie grave et inopinée et que son état de santé nécessite une hospitalisation

dans la limite de :

30 € par jour d'hospitalisation du 6^e au 10^e jour consécutif d'hospitalisation et une fois pendant la validité de l'adhésion

Maternité

Soins relatifs à la grossesse, accouchement par voie basse ou césarienne sous réserve des dispositions de l'article 3.3.3. (Date d'effet, durée des garanties)

dans la limite de :

75% des frais réels et de 10 000 € pour la durée de l'adhésion

1.1.2. MÉDECINE DE VILLE (HORS HOSPITALISATION)

Consultations médicales
Visites médicales
Auxiliaires médicaux (Hors kinésithérapie)
Analyses médicales
Actes techniques médicaux
Imagerie médicale,
Médicaments (sauf vaccins, moyens de contraception)

dans la limite de :

100% des frais réels et de 300 000 €

Kinésithérapie (sur prescription médicale)

dans la limite de :

75% des frais réels et de 10 séances pour la durée de l'adhésion

1.1.3. FRAIS DENTAIRES

Pansements, obturation, dévitalisation ou extraction

dans la limite de :

100% des frais réels et de 440 € par dent avec un maximum de 1 300 € par sinistre si les frais sont consécutifs à un accident

dans la limite de :

100% des frais réels et de 500 € par année dans les autres cas

1.1.4. OPTIQUE UNIQUEMENT EN CAS D'ACCIDENT CORPOREL

Monture, verres, lentilles

dans la limite de :

100% des frais réel et de 200 € pour la durée de l'adhésion

2. GARANTIE FRAIS MÉDICAUX ET CHIRURGICAUX

2.1. OBJET DE LA GARANTIE

La garantie a pour objet le remboursement, dans la limite des frais réellement engagés par l'assuré, de tout ou partie des dépenses de santé occasionnées par suite d'une maladie grave et inopinée, d'une maternité ou d'un accident tant dans la vie privée qu'au cours de son activité professionnelle temporaire.

Le cas échéant, la garantie est souscrite en complément des prestations éventuellement versées par la Sécurité sociale, le régime local de Sécurité sociale ou tout autre couverture complémentaire frais de santé dont bénéficie l'assuré à quelque titre que ce soit ou au 1^{er} euro lorsque l'assuré ne bénéficie pas d'une des couvertures précitées.

En tout état de cause et conformément à l'article 2.5 (Assurances cumulatives), la garantie ne peut excéder le montant des dépenses engagées par l'assuré.

2.2. PRESTATIONS

Les actes médicaux pris en charge par l'assureur sont ceux définis au titre 1 (Garanties souscrites) à condition qu'ils soient :

- prescrits et pratiqués par une autorité médicale compétente telle que définie au lexique,
- reconnus par cette même autorité comme médicalement appropriés et indispensables au traitement de la pathologie tant en quantité qu'en qualité,
- conformes aux pratiques médicales en vigueur telles que définies au lexique,
- rétribués à un coût moyen habituellement pratiqué pour le traitement considéré,
- pratiqués de préférence en secteur public ou conventionné,

ET qu'ils ne fassent pas l'objet d'une exclusion mentionnée à l'article 2.6 (Exclusions) du contrat.

Les garanties prises en compte par l'assureur pour le calcul des remboursements sont celles en vigueur à la date des soins effectués par le professionnel de santé.

La garantie frais médicaux à l'étranger cesse lorsque l'assuré a refusé le rapatriement proposé.

2.2.1. HOSPITALISATION

Le remboursement de l'hospitalisation médicale ou chirurgicale d'une durée de plus de 24 heures ou de l'accouchement est subordonné à l'établissement d'une entente préalable de l'assureur dans les conditions mentionnées à l'article 2.2.1.1 (Modalité de l'entente préalable de l'assureur) ci-après. De plus, l'assureur peut délivrer simultanément une prise en charge.

2.2.1.1. MODALITÉS DE L'ENTENTE PRÉALABLE DE L'ASSUREUR

L'assuré doit fournir au médecin conseil de l'assureur à l'adresse mentionnée à l'article 3.7 (Dispositions diverses) et sous pli « secret médical » :

- avant le début de l'hospitalisation de plus de 24 heures, la prescription du professionnel de santé complétée le cas échéant des résultats d'analyses et d'actes d'imagerie médicale pratiqués au préalable et du devis détaillé,
- en cas de maternité, à la fin du TROISIÈME MOIS de grossesse, une déclaration de grossesse.

Si des circonstances imprévisibles et irrésistibles, étrangères à la personne de l'assuré, l'empêchent de respecter les délais sus-visés, l'assuré ou l'établissement hospitalier est tenu d'effectuer la demande prise en charge dès qu'il en a la possibilité, à défaut les soins ne seront pas pris en charge par l'assureur.

L'entente préalable délivrée par l'assureur matérialise son accord, valide le type de soin proposé par rapport à la pathologie, la négociation des tarifs avec les établissements hospitaliers concernés et informe l'assuré du montant du remboursement. L'entente préalable est valable UN mois sous réserve que l'assuré ait toujours cette qualité à la date effective des soins et que l'adhésion soit toujours en vigueur.

2.2.1.2. PRISE EN CHARGE HOSPITALIÈRE

Simultanément à l'entente préalable prévue ci-avant, l'assureur peut délivrer une prise en charge hospitalière au profit de l'assuré.

Ainsi, l'assureur se substitue à l'assuré concerné pour le règlement des frais restant à sa charge auprès de l'établissement hospitalier, dans les conditions prévues au contrat et notamment sous réserve des dispositions de l'article 2.6 (Exclusions).

2.2.2. AUTRES SOINS

Pour les actes ne faisant pas l'objet d'une entente préalable, (Hospitalisation de moins de 24 heures, Médecine de ville, Frais dentaires), l'assureur peut soumettre l'assuré à un contrôle médical dans les conditions prévues à l'article 2.2.2.1 (Contrôle médical). En cas de contestation, l'assuré peut, le cas échéant, mettre en œuvre la procédure d'arbitrage prévue à ce même article.

A l'issue de ce contrôle, l'assureur se réserve la possibilité de refuser ou de réduire le remboursement de tout acte qui lui semblerait injustifié au plan médical et / ou rétribué sans respecter les coûts raisonnables habituellement pratiqués pour le traitement considéré.

2.2.2.1. CONTRÔLE MÉDICAL

Sous peine de déchéance de garantie, l'assureur se réserve la possibilité de demander à l'assuré :

- toute pièce ou renseignement qui lui paraîtrait nécessaire afin de contrôler les déclarations qui lui sont faites,
- de se soumettre à un examen médical ayant pour objet de contrôler son état de santé, les avis médicaux et pièces justificatives qu'il aura transmis.

Lors de l'examen médical, l'assuré a la faculté de se faire assister par son médecin traitant, ou tout autre médecin de son choix.

A l'issue de cet examen et en cas de désaccord entre le médecin de l'assuré et celui de l'assureur sur l'appréciation de l'état de santé de l'assuré, les parties et leurs médecins délégués pourront choisir un tiers expert agissant en qualité d'arbitre, dans le cadre d'un protocole signé par l'assureur et l'assuré.

Faute d'entente sur ce choix, la désignation sera faite à la demande de la partie la plus diligente par le Président du Tribunal Judiciaire de Paris.

Chaque partie supporte les honoraires de son médecin. Les frais et honoraires du tiers expert seront dans tous les cas supportés par moitié par les deux parties.

2.3. RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

2.3.1. DÉLAI DE DÉCLARATION

Les demandes de remboursement sont à adresser par l'assuré dans les QUINZE jours qui suivent la date des soins ou la réception de la facture d'hospitalisation à l'adresse mentionnée à l'article 3.7 (Dispositions diverses).

Si l'assureur a délivré une prise en charge, l'établissement hospitalier effectue la demande de remboursement auprès de l'assureur en lui adressant sa facture le plus rapidement possible.

En tout état de cause et conformément aux dispositions légales rappelées à l'article 3.6.2 (Prescription) du présent contrat, les demandes de remboursements sont prescrites au terme d'un délai de DEUX ans à compter de la date des soins.

2.3.2. MODALITÉ DE DÉCLARATION

Les demandes de remboursement doivent être accompagnées :

- d'une copie du visa,
- d'un RIB,
- une copie de la carte nationale d'identité ou du passeport,
- des factures originales des soins avec preuve de paiement,
- des prescriptions médicales,
- du questionnaire médical complété par le professionnel de santé, tamponné, daté, signé (reçu lors de la souscription),
- du rapport de police en cas d'accident,
- du rapport de l'hôpital et/ou de passage aux urgences (précisant la raison de la visite, le traitement actuel et à suivre),
- une copie de l'entente préalable délivrée par l'assureur dans les conditions fixées à l'article 2.2.1.1. (Modalité de l'entente préalable de l'assureur).

Si à l'occasion d'une demande de remboursement, l'assuré fournit intentionnellement des documents faux ou dénaturés, ce dernier s'expose à des poursuites pénales, à la nullité de son adhésion ainsi qu'à la perte de tous droits à remboursement.

2.4. SOINS EFFECTUES EN CAS DE VILLÉGIATURE HORS DE FRANCE

Les garanties sont maintenues dans les conditions du contrat **uniquement en cas de villégiature telle que définie au Lexique**, tant que l'adhésion est en vigueur.

2.5. ASSURANCES CUMULATIVES

La garantie est souscrite le cas échéant en complément des prestations versées par la Sécurité sociale, le régime local de Sécurité sociale ou tout autre couverture complémentaire frais de santé dont bénéficie l'assuré à quelque titre que ce soit.

En tout état de cause, le cumul des remboursements payés par l'assureur, et le cas échéant la Sécurité sociale si l'assuré en bénéficie ainsi que par tout autre organisme ne peut excéder le montant des dépenses qui ont été engagées au titre des soins considérés.

Par ailleurs, si les risques couverts par le contrat sont ou viennent à faire l'objet d'autres assurances, l'assuré doit en faire la déclaration à l'assureur lors de l'adhésion et pendant toute la durée de celle-ci.

Les garanties de même nature produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie, quelle que soit leur date de souscription. Dans cette limite, l'assuré peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

La contribution de chaque organisme est ensuite déterminée conformément aux dispositions de l'article L 121-4 du code des assurances.

2.6. EXCLUSIONS

Ne sont pas pris en charge par l'assureur :

LES SOINS :

- Résultant du fait intentionnel de l'assuré.
- Résultant d'une tentative de suicide.
- Effectués ou programmés antérieurement à la date d'effet de l'adhésion au contrat de l'assuré.
- Effectués ou programmés postérieurement à la date de cessation de l'adhésion au contrat de l'assuré ou de la résiliation du contrat ou de la cessation de la garantie concernée.
- Effectués alors que l'assuré est sous l'empire d'un état alcoolique constaté médicalement ou par une autorité compétente ou sous l'emprise de stupéfiant non prescrit médicalement ou en dehors des doses prescrites médicalement.
- Non prescrits médicalement.
- Non exécutés par une autorité médicale compétente telle que définie au lexique.
- Inappropriés à la pathologie.
- Non rétribués à un coût moyen habituellement pratiqué pour le traitement considéré.
- Qui auraient été habituellement pratiqués gratuitement en l'absence du présent contrat.
- Qui ne sont pas pratiqués par un professionnel de santé titulaire d'un diplôme requis pour pratiquer son art en France ou dans le pays où sont administrés les soins.
- Qui n'ont pas fait l'objet d'une entente préalable de l'assureur dans les cas prévus à l'article 2.2 (Prestations).
- Refusés par l'assureur à la suite d'une demande d'entente préalable conformément à l'article 2.2 (Prestations).
- Pratiqués hors de France, sauf application des dispositions de l'article 2.4 (Soins effectués en cas de villégiature hors de France).
- Occasionnés lorsque l'assuré a négligé de se soumettre aux soins médicaux nécessités par son état.
- Consécutifs à un accident occasionné par l'état d'alcoolémie de l'assuré constaté par un taux égal ou supérieur à celui défini par le code de la circulation routière en vigueur en France au moment de l'accident.
- Dentaires autres que ceux mentionnés au titre 1 (Garanties souscrites).

LES SÉJOURS :

- Dans une maison de repos ou de soins d'une durée supérieure à 30 jours.
- Dans un établissement de long séjour.

LES TRAITEMENTS :

- contre l'obésité, l'amaigrissement.
- de rajeunissement.
- de la stérilité et de la fécondité.
- expérimentaux.
- des allergies.
- des maladies sexuellement transmissibles.

LES INTERRUPTIONS VOLONTAIRES DE GROSSESSE.

LES FRAIS :

- De préparation à l'accouchement.
- De rééducation sauf en cas d'accident dûment justifié notamment par un rapport de police (hors kinésithérapie).
- De chirurgie esthétique.
- D'ostéopathie, de chiropractie, d'éthiopathie, d'acupuncture, de naturopathie, d'hypnothérapie, de sophrologie.
- D'optique, autres que ceux mentionnés au titre 1 (Garanties souscrites).
- D'examens médicaux pré-nuptiaux.
- D'hôtellerie.
- De rapatriement de l'assuré.
- D'assistance quels qu'ils soient.
- Annexes ou non médicaux en cas d'hospitalisation tels que: téléphone, télévision, connexion internet, boissons.

LES SOINS DERMATOLOGIQUES.

LES FRAIS DE CONSULTATION QUI NE RÉSULTENT PAS D'UNE PATHOLOGIE OU D'UN TRAITEMENT SUR PRESCRIPTION MÉDICALE.

LA PART DES FRAIS PRIS EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE OU LE RÉGIME LOCAL DE SÉCURITÉ SOCIALE OU PAR TOUT AUTRE ORGANISME DE PROTECTION SOCIALE.

LA FRANCHISE ET LA PARTICIPATION FORFAITAIRE DÉFINIES AU LEXIQUE EN CAS DE PRISE EN CHARGE DES SOINS PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE.

LES PRODUITS PARAPHARMACEUTIQUES.

LES MÉDICAMENTS :

- Non prescrits par une autorité médicale compétente telle que définie au Lexique.
- Utilisés au-delà des doses prescrites.
- Utilisés pour un usage non thérapeutique.
- Les vitamines, minéraux, les compléments alimentaires ou diététiques même s'ils ont été prescrits médicalement pour avoir des effets thérapeutiques.

LES CONSULTATIONS DE DIÉTÉTIENS.

LES TESTS GÉNÉTIQUES.

LES BILANS DE SANTÉ.

LES GREFFES D'ORGANES.

LES MALADIES OU ACCIDENTS CONSÉCUTIFS À (AU) :

- Des rixes, paris de toutes natures.
- Une guerre, des émeutes, des mouvements populaires, des attentats, des actes de nature terroriste, si l'assuré y a pris une part active.
- La pratique par l'assuré de toute activité sportive nonreprésentée par une fédération sportive.
- La pratique par l'assuré de toute activité sportive sans respecter les règles élémentaires de sécurité recommandées par les pouvoirs publics ou par la fédération du sport correspondant à l'activité.
- La participation de l'assuré à tout sport et/ou compétition à titre professionnel.
- La pratique de tout sport amateur nécessitant l'utilisation d'un engin terrestre, aérien ou aquatique à moteur.

- L'utilisation par l'assuré, en tant que pilote ou passager, d'un deltaplane, d'une aile volante, d'un parapente, d'un parachute, d'un appareil ultra léger motorisé (U.L.M.) ou de tout engin assimilé.
- L'utilisation par l'assuré, en tant que conducteur ou passager d'une motocyclette dont la cylindrée est supérieure à 125 cm³.
- Non respect des conditions de sécurité prévues par la réglementation en vigueur relatives au port du casque pour les cyclomoteurs, motocyclettes quelle que soit la cylindrée et les quads.
- Défaut de permis requis pour la conduite d'un véhicule terrestre à moteur.
- La pratique de sports extrêmes y compris base jump, sky surfing, sky flying, zorbing, exercices acrobatiques, streetluge, speed riding, plongée sous-marine avec bouteille à plus de 40 mètres de profondeur ou pratiquée en solo, randonnée à pieds sur chemin non balisé ou nécessitant corde, piolet ou crampons ou à une altitude de plus de 4 000 mètres.
- Non-respect des mesures de prévention ou de rapatriement ordonnées par les autorités compétentes à la suite d'une dégradation de la sécurité ou des conditions sanitaires dans la zone de séjour temporaire de l'assuré.

LES SOINS OCCASIONNÉS PAR :

- Une affection psychiatrique, neuropsychiatrique ou psychologique, toute manifestation justifiant un traitement à visée neuropsychiatrique, et en particulier, la dépression nerveuse, l'anxiété, les troubles de la personnalité et/ou du comportement, la fibromyalgie, les troubles de l'alimentation, la fatigue chronique.
- Une affection rachidienne, discale ou vertébrale, une lombalgie, une sciatique, une lombosciatique, une hernie : discale, pariétale, intervertébrale, crurale, scrotale, inguinale de ligne blanche, ombilicale, une dorsalgie, une cervicalgie et une sacro-coxalgie.
- Une malformation congénitale.

3. DISPOSITIONS GÉNÉRALES

3.1. OBJET DU CONTRAT

Ce contrat est un contrat d'assurance de groupe à adhésion individuelle, souscrit par l'Association Chapka au profit de ses membres remplissant les conditions d'adhésion définies à l'article 3.2 (Conditions et formalités d'adhésion au contrat) ayant pour objet le remboursement de tout ou partie des frais de santé engagés **en cas d'accident, de maladie grave et inopinée ou de maternité** par l'assuré, dans les conditions mentionnées au titre 1 (Garanties frais médicaux et chirurgicaux) du présent contrat.

Il ne se substitue pas à la Sécurité sociale et/ou au régime local de Sécurité sociale dont l'assuré bénéficie le cas échéant.

Il est régi par le code des assurances et notamment ses articles L141-1 et suivants et relève des branches 1 (accidents) et 2 (maladie) de l'article R321-1 du code des assurances. Les garanties de Chapka international IMPATRIES sont assurées par QUATREM sous les références suivantes :

**CAP WORKING HOLIDAY FRANCE
0027921 10000 006**

Les présentes conditions générales définissent les engagements réciproques du souscripteur et de l'assureur et notamment les modalités d'entrée en vigueur des garanties ainsi que les formalités à accomplir pour le paiement des prestations.

3.2. CONDITIONS ET FORMALITÉS D'ADHÉSION AU CONTRAT

3.2.1. CONDITIONS D'ADHÉSION AU CONTRAT

Sont admissibles au contrat les personnes physiques, **membre de l'association** Chapka, effectuant un séjour temporaire en France préalablement prévu pour 3 mois minimum et 12 mois maximum afin d'y exercer une activité professionnelle temporaire en bénéficiant d'un visa Programme Vacances Travail (Working Holidays).

ET

- ne relevant plus du régime local de Sécurité sociale.
- ne bénéficiant pas de la Sécurité sociale française au cours du séjour.

3.2.2. FORMALITÉS D'ADHÉSION AU CONTRAT

L'adhérent remplit une demande d'adhésion par laquelle il précise notamment, la date de début et de fin du séjour temporaire et le cas échéant s'il bénéficie d'un régime de Sécurité sociale (local ou français) ou d'aucun régime.

L'acceptation du risque par l'assureur est constatée par l'émission d'un certificat d'adhésion qui confère à l'adhérent la qualité d'assuré.

Le certificat d'adhésion mentionne les caractéristiques propres à l'adhésion, notamment, l'identité de l'assuré, la date d'effet de l'adhésion, la durée du séjour en France, le montant de la cotisation ainsi que les dérogations éventuelles aux conditions générales.

Seules les pièces contractuelles portant la signature d'un représentant habilité de la compagnie engagent l'assureur.

3.3. EFFET, DURÉE ET RENOUVELLEMENT DE L'ADHÉSION ET DES GARANTIES

3.3.1. DATE D'EFFET, DURÉE, RENOUVELLEMENT DE L'ADHÉSION

L'adhésion au présent contrat prend effet à la date mentionnée au certificat d'adhésion et au plus tôt à la date de début du séjour temporaire, sous réserve du versement d'une cotisation unique calculée conformément à l'article 4.1 (Assiette et montant de la cotisation),

L'adhésion est souscrite pour la durée du séjour temporaire déclarée dans la demande d'adhésion et rappelée au certificat d'adhésion. La date d'effet de l'adhésion est également indiquée au certificat d'adhésion.

Sous réserve du paiement de la cotisation, et sauf réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte faite de mauvaise foi par l'assuré, celui-ci ne peut être radié de l'assurance contre son gré tant qu'il répond aux conditions d'adhésion mentionnées à l'article 3.2.1 (Conditions d'adhésion au contrat).

3.3.2. CESSATION DE L'ADHÉSION

L'adhésion au contrat prend fin pour l'assuré :

- en cas de non-paiement de la cotisation unique,
- à la date à laquelle il ne remplit plus les conditions d'adhésion objet de l'article 3.2.1 (Conditions d'adhésion au contrat) ; étant précisé qu'en cas de prolongation du séjour temporaire, une nouvelle adhésion pourra être souscrite après accord exprès de l'assureur,

- à la date à laquelle il n'est plus membre de l'association souscriptrice,
- à la date à laquelle il quitte la France sauf en cas de villégiature conformément aux dispositions de l'article 2.4 (Soins effectués en cas de villégiature hors de France),
- à la date de son retour définitif dans son pays de domicile,
- à la date de terme du séjour temporaire mentionnée au certificat d'adhésion,
- à la date de résiliation du contrat par l'assureur ou le souscripteur.

Si au jour de la cessation de l'adhésion l'assuré est hospitalisé, l'assureur prend en charge les frais d'hospitalisation au maximum jusqu'à 90 jours à compter de la date de cessation de l'adhésion.

3.3.3. DATE D'EFFET, DURÉE DES GARANTIES

Sous réserve du paiement de la cotisation correspondante, les garanties prennent effet à l'issue d'un délai de carence de :

- CENT QUATRE VINGTS jours consécutifs en cas de maternité,
- DOUZE jours consécutifs dans les autres cas lorsque la date d'effet de l'adhésion est postérieure à la date de début du séjour temporaire.

Le délai de carence est une période pendant laquelle l'assuré n'est pas garanti, il est décompté à partir de la date d'effet de l'adhésion mentionnée au certificat d'adhésion. **Il ne s'applique pas en cas d'accident constaté par une autorité compétente et dûment justifié par notamment un rapport de police.**

Aucune prestation ne sera versée tant que la cotisation ne sera pas payée.

Les garanties cessent, dans les cas prévus à l'article 3.3.2 (Cessation de l'adhésion) et en tout état de cause à la date de retour définitif de l'assuré dans son pays de domicile.

3.4. RENONCIATION

L'assuré a la faculté de renoncer à son adhésion, si elle fait suite à un démarchage à domicile ou si elle a été conclue à distance, dans les conditions ci-après.

3.4.1. DÉMARCHAGE À DOMICILE

Conformément à l'article L112-9 du code des assurances : « 1.- Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception pendant le délai de QUATORZE jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités. »

L'exercice du droit de renonciation entraîne la résiliation de l'adhésion à compter de la date de réception de la lettre recommandée ou de l'envoi recommandé électronique avec accusé de réception. L'assuré est tenu au paiement de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, cette période étant calculée jusqu'à la date de la résiliation. Le solde est remboursé par l'assureur au plus tard dans les TRENTE jours suivant la date de résiliation.

Toutefois, l'intégralité de la cotisation reste due à l'assureur si l'assuré exerce son droit de renonciation alors qu'un événement mettant en jeu les garanties du contrat et dont il n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.

3.4.2. CONCLUSION DE L'ADHÉSION À DISTANCE

Conformément à l'article L112-2-1 du code des assurances, l'assuré dispose d'un délai de QUATORZE jours calendaires révolus pour exercer son droit de renonciation, par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec avis de réception, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités, ce délai commençant à courir à compter du jour de la signature du certificat d'adhésion.

3.4.3. MODÈLE DE LETTRE DE RENONCIATION

Pour exercer son droit de renonciation, l'assuré peut utiliser le modèle de lettre suivant :

Je soussigné (nom, prénom), demeurant (adresse complète), déclare renoncer à mon adhésion au contrat numéro (indiquer ledit numéro), souscrit le (date du certificat d'adhésion), par l'intermédiaire de (nom du conseiller en assurance), en application des dispositions de l'article L 112-9 du code des assurances (en cas de démarchage à domicile) L 112-2-1 du code des assurances (en cas d'adhésion à distance) – rayer la mention inutile –

3.5. OBLIGATIONS DES PARTIES

3.5.1. OBLIGATIONS DE L'ASSURE

L'assuré s'oblige :

À L'ADHÉSION

- à transmettre :
 - la demande d'adhésion dûment complétée,
 - une photocopie de sa carte nationale d'identité ou de son passeport,
 - une copie du visa working holiday,
 - toute pièce que l'assureur jugerait nécessaire à l'adhésion.
- à régler la cotisation unique à l'assureur.

EN COURS D'ADHÉSION

- à communiquer à l'assureur toutes circonstances nouvelles ayant pour conséquence de modifier la nature ou l'importance des risques, ou d'en créer de nouveaux et de rendre inexacts ou caduques les déclarations faites à l'assureur lors de l'adhésion, notamment le retour prématuré dans le pays de domicile ou son départ de France.

EN CAS D'ÉVÉNEMENT OUVRANT DROIT AUX PRESTATIONS

- les éléments nécessaires au règlement des prestations, tels qu'ils sont énumérés à l'article 2.3 (Règlement des prestations), ou toutes pièces équivalentes valables en France, étant précisé qu'il est recommandé à l'assuré de conserver une copie des éléments qu'il transmet à l'assureur jusqu'à la réception du remboursement y afférent,
- un relevé d'identité bancaire (RIB) pour le paiement des prestations,
- le formulaire de déclaration délivré par l'assureur.

L'ASSUREUR NE PEUT SE TROUVER ENGAGÉ QUE PAR LES DÉCLARATIONS ET PIÈCES TRANSMISES PAR L'ASSURÉ, LE CAS ÉCHÉANT TRADUITES EN FRANÇAIS AUX FRAIS DE L'ASSURE PAR UN ORGANISME DÛMENT RECONNU.

3.5.2. OBLIGATIONS DU SOUSCRIPTEUR

Le certificat d'adhésion est remis à l'assuré conformément à l'article 3.2.2 (Formalité d'adhésion au contrat).

Le souscripteur doit conformément à l'article L 141-4 du code des assurances :

- Remettre aux assurés une notice établie par l'assureur qui définit les garanties et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre,
- Informer par écrit les assurés des modifications apportées à leurs droits et obligations TROIS mois au minimum avant la date prévue de leur entrée en vigueur.

La preuve de la remise de ces documents incombe au souscripteur, conformément aux dispositions de l'article L141- 4 du code des assurances.

3.6. RÉFÉRENCES LÉGALES

3.6.1. OBLIGATIONS DE DÉCLARATION

Les déclarations du souscripteur et de l'adhérent servent de base à l'application des garanties.

Toute réticence ou fausse déclaration modifiant l'objet du risque ou en diminuant l'opinion pour l'assureur entraînerait l'application des articles L113-8 et L113-9 du code des assurances qui prévoient :

- **Article L113-8** « Indépendamment des causes ordinaires de nullité, et sous réserve des dispositions de l'article L132-26, le contrat d'assurance est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré a été sans influence sur le sinistre. Les primes payées demeurent alors acquises à l'assureur, qui a droit au paiement de toutes les primes échues à titre de dommages et intérêts. Les dispositions du second alinéa du présent article ne sont pas applicables aux assurances sur la vie. »
- **Article L113-9** « L'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'assuré dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de l'assurance. Si elle est constatée avant tout sinistre, l'assureur a le droit soit de maintenir le contrat, moyennant une augmentation de prime acceptée par l'assuré, soit de résilier le contrat dix jours après notification adressée à l'assuré par lettre recommandée, en restituant la portion de la prime payée pour le temps où l'assurance ne court plus. Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après un sinistre, l'indemnité est réduite en proportion du taux des primes payées par rapport au taux des primes qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés. »

3.6.2. PRESCRIPTION

Toute action dérivant du présent contrat est irrecevable au terme d'un délai de DEUX ANS à compter de l'événement qui lui a donné naissance, selon les dispositions des articles L114-1 et L114-2 du code des assurances qui prévoient :

- **Article L114-1** « Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

1° en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;

2° en cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

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

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

• **Article L114-2** « La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription [reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (article 2240 du code civil), acte d'exécution forcée (article 2244 du code civil), citation en justice, même en référé (article 2241 du code civil)] et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité. »

3.7. DISPOSITIONS DIVERSES

Toutes les communications relatives à l'assurance et incombant au souscripteur ou l'assuré doivent être adressées à :

- Chapka Assurances / Aon France 31-35 rue de la Fédération 75015 Paris cedex 15, agissant en tant que mandataire de l'assureur pour la gestion des prestations du présent contrat,
- Aon France agissant en tant que mandataire de l'assureur pour la gestion des autres dispositions du contrat : info@chapka.fr ou à l'adresse postale Chapka Assurances / Aon France – 31-35 rue de la Fédération 75717 – Paris cedex 15.

Toutes les communications incombant à l'assureur seront valablement faites au dernier domicile indiqué par le souscripteur.

3.7.1. LOI INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Conformément à la réglementation européenne et française en matière de données à caractère personnel, en ce compris le Règlement Général sur la Protection des Données n°2016/679 du 27 avril 2016 (dit « RGPD ») et la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée (dite « loi Informatique et Libertés »), l'assuré reconnaît avoir été informé par l'assureur en sa qualité de co-responsable de traitement des données à caractère personnel collectées, que :

L'assureur et le courtier ont désigné des délégués à la protection des données à caractères personnels qui peuvent être contactés:

- pour le courtier, par email à donnees.personnelles@aon.com ou par courrier à Aon France/Chapka assurances, 31-35 rue de la Fédération 75015, Paris.

• pour l'assureur, par email à dpo@malakoffmederic-humanis.com ou par courrier à Malakoff Médéric Humanis, Pôle Informatique et Libertés Assurance, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex

1. Les données à caractère personnel de l'assuré peuvent être collectées et traitées au titre de :

- la souscription, la gestion et l'exécution du contrat d'assurance ainsi que la gestion ou l'exécution de tout autre contrat souscrit auprès de l'assureur par l'intermédiaire du courtier ou d'autres sociétés du groupe Malakoff Médéric Humanis auquel l'assureur appartient ; et ce y compris, en notre qualité d'organisme assureur, l'utilisation du NIR de l'assuré pour la gestion, le cas échéant, de ses risques d'assurance complémentaire santé et prévoyance (conformément au Pack de conformité « Assurance » de la CNIL de novembre 2014 (dit « Pack Assurance ») ;
- la gestion des avis de l'assuré sur les produits, services ou contenus proposés par l'assureur ou ses partenaires ;
- l'exercice des recours à la gestion des réclamations et des contentieux ;
- l'élaboration de statistiques y compris commerciales, d'études actuarielles ou autres analyses de recherche et développement ;
- l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur ; y compris celles relatives à la lutte contre la fraude, pouvant conduire à son inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude; et à la lutte contre le blanchiment des capitaux et au financement du terrorisme.

L'assureur et le courtier s'engagent à ne pas exploiter les données personnelles de l'assuré pour d'autres finalités que celles précitées.

L'assuré reconnaît que la collecte et le traitement de ses données à caractère personnel (en ce compris des données d'identification, des données relatives à sa situation familiale, économique, patrimoniale et financière, professionnelle, à sa vie personnelle, à sa santé, à l'appréciation du risque, à la gestion du contrat...) sont nécessaires à la gestion et à l'exécution du contrat.

Le traitement, pour une ou plusieurs finalités spécifiquement déterminées, des données concernant la santé de l'assuré, données sensibles au sens de l'article 8 de la loi Informatique et libertés et de l'article 9 du RGPD, est soumis à son consentement écrit et préalable pour une ou plusieurs des finalités spécifiquement listées ci-dessus. En pratique la signature du contrat d'assurance et/ou la signature du bulletin individuel d'affiliation vaut recueil du consentement.

Les destinataires des données à caractère personnel de l'assuré sont, dans la limite de leurs attributions respectives et suivant les finalités : les services de l'assureur et du groupe Malakoff Médéric Humanis dont le personnel est en charge des traitements relatifs à ces données, ainsi que les sous-traitants, les délégués de gestion, les intermédiaires, les réassureurs, les organismes professionnels habilités, les partenaires et les sociétés extérieures et les souscripteurs du contrat.

Les données de santé de l'assuré sont destinées au Service médical de l'assureur, du courtier et à toute personne placée sous la responsabilité du Service Médical et ne sont en aucun cas utilisées à des fins commerciales.

L'assureur et le courtier s'engagent à ce que les données à caractère personnel de l'assuré ne soient en aucun cas transmises à des tiers non autorisés.

Les données à caractère personnel relatives à la santé de l'assuré sont traitées dans des conditions garantissant leur sécurité notamment par la mise en œuvre de mesures techniques et organisationnelles renforcées adaptées au risque élevé pesant sur de telles données.

Les durées de conservation des données à caractère personnel traitées dans le cadre de la gestion des contrats d'assurance et de la relation clients avec l'assuré varient en fonction des finalités susvisées et sont conformes aux recommandations de la CNIL et notamment aux durées prévues par le Pack Assurance. En tout état de cause, le calcul de ces durées est réalisé en fonction des finalités pour lesquelles les données sont collectées, de la durée de la relation contractuelle, des obligations légales de l'assureur et des prescriptions légales applicables.

L'assureur et ses partenaires s'engagent (1) à prendre les mesures techniques et organisationnelles appropriées pour garantir un niveau de sécurité et de confidentialité adapté au risque présenté par le traitement des données de l'assuré et (2) à notifier à la CNIL et informer l'assuré en cas de violation de ses données dans les limites et conditions des articles 33 et 34 du RGPD.

Les données utilisées à des fins statistiques font l'objet d'une anonymisation préalable par des procédés techniques excluant tout risque de réidentification des personnes. Les dispositions de la réglementation de protection des données ne s'appliquent pas à de telles données.

2. L'assuré dispose d'un droit de demander l'accès à ses données à caractère personnel, la rectification ou l'effacement de celles-ci, et de décider du sort de ces données, post-mortem. L'assuré dispose également d'un droit de s'opposer au traitement pour motifs légitimes, de limiter le traitement dont il fait l'objet et d'un droit à la portabilité des données à caractère personnel dans les limites fixées par la loi. Il dispose enfin de la possibilité de s'opposer, à tout moment et sans frais, à la prospection commerciale, y compris lorsque celle-ci est réalisée de manière ciblée.

Ces droits peuvent être exercés, en justifiant de son identité:

- au courtier, par email à donnees.personnelles@aon.com ou par courrier à Aon France/Chapka assurances, 31-35 rue de la Fédération 75015, Paris.
- à l'assureur, par email à dpo@malakoffmederic-humanis.com ou par courrier à Malakoff Médéric Humanis, Pôle Informatique et Libertés Assurance, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex.

L'assuré dispose également du droit de contacter la CNIL directement sur le site internet <https://www.cnil.fr/fr/agir> ou par courrier à l'adresse suivante : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de Fontenoy - TSA 80715, 75334 PARIS CEDEX 07.

Pour information, l'assuré dispose également du droit de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique gérée par la société Opposetel. Pour plus d'informations : www.bloctel.gouv.fr.

3.7.2. ORGANISME DE CONTRÔLE DE L'ASSUREUR

L'autorité chargée du contrôle de Quatrem est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4, Place de Budapest, CS 92459, 75436 PARIS CEDEX 09.

3.7.3. RÉCLAMATIONS - MÉDIATION

En cas de difficultés dans l'application du présent contrat, le souscripteur, l'assuré et les bénéficiaires peuvent contacter dans un premier temps leur conseiller habituel. Si la demande ne trouve pas satisfaction, la réclamation peut être adressée au :

Pôle Réclamations de CHAPKA Assurances :

- par courrier électronique adressé à : « reclamation@chapka.fr »
- ou à l'adresse suivante :



AON FRANCE / CHAPKA ASSURANCES

31-35 rue de la Fédération
75717 Paris Cedex 15

Après épuisement des procédures de traitement des réclamations de l'assureur et si aucune solution n'a pu être trouvée avec ce dernier, le souscripteur, l'assuré et les bénéficiaires peuvent, s'adresser à la Médiation de l'assurance pour les litiges qui relèvent de sa compétence, à l'adresse suivante : www.mediation-assurance.org ou par courrier à :



LA MÉDIATION DE L'ASSURANCE

TSA 50110
75441 Paris Cedex 09

A défaut de règlement amiable, toute difficulté entre les parties liée à l'exécution ou à l'interprétation du contrat sera portée devant le tribunal compétent.

3.7.4. SUBROGATION

Conformément à l'article L.121-12 du Code des assurances, l'assureur est subrogé dans les droits et actions de l'assuré contre les tiers responsables à concurrence de toutes prestations à caractère indemnitaire versée en application du contrat.

3.7.5. JURIDICTION COMPÉTENTE

Les références contractuelles à la législation sociale, fiscale, de la famille, des assurances sont celles applicables dans le cadre du droit français.

Toute difficulté liée à l'exécution ou à l'interprétation du contrat sera, à défaut de règlement amiable, portée devant le Tribunal Judiciaire de Paris.

4. COTISATION

4.1. ASSIETTE ET MONTANT DE LA COTISATION

La cotisation unique est exprimée en euros, en fonction notamment de l'âge de l'assuré et de la durée du séjour temporaire.

La cotisation est déterminée selon ces critères à la date d'effet de l'adhésion et est indiquée sur le certificat d'adhésion de l'assuré.

4.2. MODALITÉS DE PAIEMENT

La cotisation unique mentionnée au certificat d'adhésion est payable à terme d'avance par l'assuré, dans les 10 jours qui suivent l'émission du certificat d'adhésion.

Le payeur de cotisation est seul responsable de son paiement à l'égard de l'assureur.

En cas de retour définitif prématuré dans le pays de domicile, l'assureur remboursera, le cas échéant, la portion de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru.

4.3. TAXES ET CONTRIBUTIONS

Toute contribution ou taxe applicable ou qui deviendrait applicable au contrat et dont la récupération ne serait pas interdite sera mise à la charge du débiteur de la cotisation et payable en même temps que cette dernière.

4.4. DÉFAUT DE PAIEMENT

L'assureur ne peut se trouver engagé que par le paiement de la cotisation unique à l'adhésion.

En cas de non-paiement de la cotisation mentionnée au certificat d'adhésion, au terme du délai de 10 jours suivant son échéance, Chapka Assurances mandaté par le souscripteur à cet effet, adresse une lettre recommandée de mise en demeure de payer.

Conformément à l'article L141-3 du Code des Assurances, le non paiement d'une cotisation à l'expiration d'un délai de 40 jours suivant l'envoi de la lettre de mise en demeure, entraîne de plein droit l'exclusion de l'adhérent au contrat dont l'adhésion se trouve alors résiliée.



Aon France
agissant sous le nom commercial **Chapka Assurances**.
Siège social
31-35 rue de la Fédération, 75717 Paris Cedex 15
t +33(0)1 47 83 10 10
aon.fr

N° ORIAS 07 001 560
SAS au capital de 46 027 140 euros
414 572 248 RCS Paris
N° de TVA intracommunautaire : FR 22 414 572 248
Garantie financière et assurance de responsabilité civile professionnelle conformes aux articles L.512-7 et L.512-6 du Code des assurances



TABLEAU DES GARANTIES

CAP WORKING HOLIDAY FRANCE
CONTRAT N°IB1900383FRCA2



* Vous vivez, nous veillons

PRESTATIONS D'ASSISTANCE	MONTANTS TTC*/PERSONNE
ASSISTANCE AUX PERSONNES EN CAS DE MALADIE OU BLESSURE	
Transport / Rapatriement	Frais réels
Présence hospitalisation	Billet AR + 80 € / nuit (max 10 nuits)
Retour anticipé en cas d'hospitalisation d'un membre de la famille	Billet Aller / Retour
ASSISTANCE EN CAS DE DÉCÈS	
Transport de corps	Frais réels
Frais de cercueil ou d'urne	2 000 €
Retour anticipé en cas de décès d'un membre de la famille	Billet Aller / Retour
ASSISTANCE VOYAGE	
Frais de recherche et de secours en mer, en montagne et dans le désert	5 000 €

*Taux applicable selon la législation en vigueur

GARANTIES D'ASSURANCE	MONTANTS TTC* /PERSONNE
BAGAGES ET EFFETS PERSONNELS	
Vol, destruction totale ou partielle, perte pendant l'acheminement par une entreprise de transport	1 000 €
Franchise	30 €
Objets précieux	Limités à 50% du montant de la garantie
RESPONSABILITÉ CIVILE VIE PRIVÉE EN FRANCE	
Plafond global de garantie en deuxième ligne :	4 000 000 € / événement
dont dommages corporels et dommages immatériels consécutifs à des dommages corporels garantis	4 000 000 € / événement
dont dommages matériels et dommages immatériels consécutifs à des dommages matériels garantis	450 000 € / événement
Franchise	150 €
INDIVIDUELLE ACCIDENT DE VOYAGE	
Capital Décès	15 000 €
Capital Invalidité Permanente Totale	50 000 €

*Taux applicable selon la législation en vigueur



Aon France
 agissant sous le nom commercial **Chapka Assurances**.
Siège social
 31-35 rue de la Fédération, 75717 Paris Cedex 15
 t +33(0)1 47 83 10 10
 aon.fr

N° ORIAS 07 001 560
 SAS au capital de 46 027 140 euros
 414 572 248 RCS Paris
 N° de TVA intracommunautaire : FR 22 414 572 248
 Garantie financière et assurance de responsabilité civile professionnelle conformes aux articles L.512-7 et L.512-6 du Code des assurances



CONDITIONS GÉNÉRALES

CAP WORKING HOLIDAY FRANCE

CONTRAT N°IB1900383FRCA2



* Vous vivez, nous veillons

GARANTIE ASSISTANCE RAPATRIEMENT ET ASSURANCE VOYAGE

NOTICE D'INFORMATION PRÉCONTRACTUELLES

Cher client,

Compte tenu des caractéristiques exposées, de la protection que vous recherchez ainsi que des informations que vous nous avez communiquées, nous vous recommandons les garanties incluses dans le présent contrat d'assurance. Avant de souscrire ce contrat d'assurance, nous vous invitons à lire attentivement la présente Notice d'Information, ainsi que les Conditions Générales et les Conditions Particulières.

INFORMATION POUR L'EXERCICE DU DROIT DE RENONCIATION PRÉVU À L'ARTICLE L. 112-10 DU CODE DES ASSURANCES

Vous êtes invité à vérifier que vous n'êtes pas déjà bénéficiaire d'une garantie couvrant l'un des risques garantis par le nouveau contrat. Si tel est le cas, vous bénéficiez d'un droit de renonciation à ce contrat pendant un délai de quatorze jours (calendaires) à compter de sa conclusion, sans frais ni pénalités, si toutes les conditions suivantes sont remplies :

- Vous avez souscrit ce contrat à des fins non professionnelles ;
- Ce contrat vient en complément de l'achat d'un bien ou d'un service vendu par un fournisseur ;
- Vous justifiez que vous êtes déjà couvert pour l'un des risques garantis par ce nouveau contrat ;
- Le contrat auquel vous souhaitez renoncer n'est pas intégralement exécuté ;
- Vous n'avez déclaré aucun sinistre garanti par ce contrat.

Dans cette situation, vous pouvez exercer votre droit à renoncer à ce contrat par lettre ou tout autre support durable adressé à l'assureur du nouveau contrat, accompagné d'un document justifiant que vous bénéficiez déjà d'une garantie pour l'un des risques garantis par le nouveau contrat. L'assureur est tenu de vous rembourser la prime payée, dans un délai de trente jours à compter de votre renonciation.

Si vous souhaitez renoncer à votre contrat mais que vous ne remplissez pas l'ensemble des conditions ci-dessus, vérifiez les modalités de renonciation prévues dans votre contrat.

POINTS D'ATTENTION

Ce contrat s'adresse à toute personne résidant en France et qui recherche une protection contre les événements garantis par le contrat d'assurance.

Vos conditions générales comportent des exclusions et des limitations dont vous devez prendre connaissance avant la souscription.

La présente notice d'information ainsi que les conditions générales applicables à votre couverture d'assurance sont communiquées avant la souscription de votre adhésion et adressées ensuite aux coordonnées que vous nous avez communiquées. Les conditions générales comportent une notice sur le traitement de vos données personnelles qui récapitule l'intégralité de vos droits en la matière.

En cas de contradiction entre différents documents la disposition la plus favorable sera appliquée.

INFORMATIONS UTILES EN CAS DE SINISTRE

Avertissez-nous dès que possible en cas de sinistre pour que nous puissions vous aider.

Vous devrez adresser tous les justificatifs nécessaires à l'appui de toute demande de garantie (vos conditions particulières listent les documents à cet effet dans la section relative à la garantie que vous souhaitez mettre en œuvre).

Pour déclarer un sinistre vous pouvez nous contacter aux coordonnées suivantes :

• site internet : <https://www.chapkadirect.fr/sinistre>

• par téléphone : CHAPKA ASSURANCES
Tel : +33 1 74 85 50 50

• Bureaux ouverts du lundi au vendredi de 9h00 à 19h00

Pour les demandes d'indemnisation concernant les garanties « Bagages et Effets Personnels », « Responsabilité Civile », « Individuelle Accident » et frais médicaux :

• site internet : <https://www.chapkadirect.fr/sinistre>

PROCÉDURE DE RÉCLAMATION

Nous mettons tout en œuvre pour vous offrir le meilleur niveau de service. Toutefois, en cas d'insatisfaction vous devez d'abord adresser votre réclamation par courrier à :



CHAPKA ASSURANCES / AON FRANCE Service Réclamation

31-35 rue de la Fédération
75717 Paris Cedex 15

Reclamation@chapka.fr

Vous êtes en droit si, une fois après avoir pris contact avec nos services, notre réponse ne vous satisfaisait pas, de contacter le médiateur aux coordonnées suivantes :



LA MÉDIATION DE L'ASSURANCE

TSA 50110
75441 Paris Cedex 09

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

Ce recours est gratuit. Le Médiateur formulera un avis dans les 90 jours à réception du dossier complet. Son avis ne s'impose pas.

Vous restez libre à tout moment de saisir le Tribunal français compétent.

QUELQUES CONSEILS AVANT DE PARTIR À L'ÉTRANGER

- Pensez à vous munir de formulaires adaptés à la durée et à la nature de votre voyage ainsi qu'au pays dans lequel vous vous rendez (il existe une législation spécifique pour l'Espace économique européen). Ces différents formulaires sont délivrés par la Caisse d'Assurance Maladie à laquelle vous êtes affilié(e) afin de bénéficier, en cas de maladie ou d'accident, d'une prise en charge directe de vos frais médicaux par cet organisme.
- Si vous vous déplacez dans un pays qui ne fait pas partie de l'Union Européenne et de l'Espace économique européen (EEE), vous devez vous renseigner, avant votre départ, pour vérifier si ce pays a conclu un accord de Sécurité sociale avec la France. Pour ce faire, vous devez consulter votre Caisse d'Assurance Maladie pour savoir si vous entrez dans le champ d'application de ladite convention et si vous avez des formalités à accomplir (retrait d'un formulaire, etc.).

Pour obtenir ces documents, vous devez vous adresser avant votre départ à l'institution compétente (en France adressez-vous à votre Caisse d'Assurance Maladie).

- Si vous êtes sous traitement, n'oubliez pas d'emporter vos médicaments et renseignez-vous sur les conditions de transport de ceux-ci en fonction de vos moyens de transport et de votre destination.
- Dans la mesure où nous ne pouvons nous substituer aux secours d'urgence, nous vous conseillons, particulièrement si vous pratiquez une activité physique ou motrice à risque, ou si vous vous déplacez dans une zone isolée, de vous assurer au préalable qu'un dispositif de secours d'urgence a été mis en place par les autorités compétentes du pays concerné pour répondre à une éventuelle demande de secours.

- En cas de perte ou de vol de vos clés, il peut être important d'en connaître les numéros. Prenez la précaution de noter ces références.
- De même, en cas de perte ou de vol de vos papiers d'identité ou de vos moyens de paiement, il est plus aisé de reconstituer ces documents si vous avez pris la peine d'en faire des photocopies et de noter les numéros de votre passeport, carte d'identité et carte bancaire, que vous conserverez séparément.

SUR PLACE

Si vous êtes malade ou blessé(e), contactez-nous dans les plus brefs délais, après avoir pris soin de faire appel aux secours d'urgence (SAMU, pompiers, etc.) auxquels nous ne pouvons nous substituer.

ATTENTION

Certaines pathologies peuvent constituer une limite aux conditions d'application du contrat. Nous vous conseillons de lire attentivement les présentes Dispositions Générales.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

SANCTIONS INTERNATIONALES

L'Assureur ne fournira pas de garantie, ne paiera pas de sinistre et ne fournira aucun service décrit dans la police qui exposerait l'assureur à une sanction, à une interdiction ou à une restriction en vertu des résolutions de l'Organisation des Nations Unies ou de sanctions commerciales ou économiques, de lois ou règlements de l'Union européenne, de la France, du Royaume Uni ou des États-Unis d'Amérique. Une information plus détaillée est disponible sur le site suivant :

<https://www.europ-assistance.com/who-we-are-international-regulatory-information/>

Attention :

Vous ne serez couvert par la présente Police que si vous avez respecté les recommandations officielles de voyages émises par une autorité gouvernementale de votre pays de Domicile à la date de départ. Les recommandations incluent les « contre-indications de voyages ou d'effectuer tous voyages sauf ceux indispensables. »

1. OBJET DU CONTRAT

Les présentes Dispositions Générales du contrat d'assurance et d'assistance souscrit par le Souscripteur pour le compte de ses membres Assurés auprès d'Europ Assistance, entreprise régie par le Code des assurances, ont pour objet de préciser les droits et obligations réciproques d'EUROP ASSISTANCE et des Assurés définis ci-dessous.

Ce contrat est régi par le Code des Assurances et présenté par Aon France agissant sous le nom commercial Chapka Assurances. Siège social | 31-35 rue de la Fédération | 75717 Paris Cedex 15. N° ORIAS 07 001 560 | SAS au capital de 46 027 140 euros | 414 572 248 RCS Paris | N° de TVA intracommunautaire : FR 22 414 572 248.

2. DÉFINITIONS

Au sens du présent contrat, on entend par :

ACCIDENT (DE LA PERSONNE)

Toute atteinte à l'intégrité physique, non intentionnelle et provenant de l'action, soudaine et imprévisible d'une cause extérieure à l'assuré.

ASSURÉ

Sont considérés comme Assurés :

- La personne physique, membre de l'association Chapka, désignée par le Souscripteur ayant souscrit le présent contrat pour son compte,
- La personne physique majeure âgée de 18 à 35 ans, se rendant en France à des fins touristiques et culturelles, et qui a accessoirement la possibilité d'y travailler pour une durée maximum de 12 mois.

Dans le présent contrat les Assurés sont également désignés par le terme « vous ».

ASSUREUR / ASSISTEUR

EUROP ASSISTANCE SA, Société Anonyme régie par le Code des Assurances, au capital de 48 123 637€ dont le siège social est situé au 2 rue Pillet-Will, 75009 Paris, France, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Paris sous le numéro 451 366 405, agissant pour les besoins de la présente Police d'Assurance Groupe par l'intermédiaire de sa succursale irlandaise EUROP ASSISTANCE SA IRISH BRANCH dont le principal établissement est situé au Ground Floor, Central Quay, Block B, Riverside IV, SJRQ, Dublin 2, D02 RR7, Irlande et enregistrée auprès de la Irish Companies Registration Office sous le numéro 907089.

EUROP ASSISTANCE S.A. est supervisée par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) sise 4, place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris cedex 09, France. La succursale irlandaise opère conformément au Code de Conduite des Entreprises d'Assurance (Code de déontologie des compagnies d'assurance) publié par la Banque centrale d'Irlande, elle est enregistrée en République d'Irlande sous le numéro 907089 et exerce dans votre pays sous le régime de la liberté de prestation de service.

Dans le présent contrat, la société EUROP ASSISTANCE est désignée sous le terme « nous ».

DOMICILE

Est considéré comme Domicile votre lieu principal et habituel d'habitation déclaré lors de l'adhésion au contrat et figurant au certificat d'adhésion. Il est situé dans le monde entier.

ÉTRANGER

Le terme Étranger signifie le monde entier à l'exception de votre pays de Domicile et des pays exclus.

ÉVÉNEMENT

Toute situation prévue par les présentes Dispositions Générales à l'origine d'une demande d'intervention auprès de l'Assureur.

FRANCE

Le terme France signifie la France métropolitaine (y compris la Corse).

FRANCHISE

Partie du montant des frais restant à votre charge.

HOSPITALISATION

Admission de l'Assuré dans un établissement de santé (Hôpital ou clinique) afin d'y subir une intervention chirurgicale ou un traitement médical.

Entrent également dans la présente définition: l'hospitalisation de jour et l'hospitalisation à domicile lorsqu'elles sont médicalement justifiées.

INVALIDITÉ PERMANENTE

Perte définitive par l'Assuré, en raison d'un taux d'invalidité égal ou supérieur aux taux prescrits par la réglementation applicable, de la capacité à se livrer à quelque activité professionnelle que ce soit, en conséquence d'un dommage corporel.

MALADIE

Désigne toute altération de la santé soudaine et imprévisible constatée par une autorité médicale compétente nécessitant un traitement médical.

MEMBRE DE LA FAMILLE

Par Membre de la famille, on entend le conjoint, le passé ou le concubin notoire vivant sous le même toit, l'(les) enfant(s) légitime(s), naturel(s) ou adopté(s) de l'Assuré, le père et la mère, les frères et sœurs, les grands-parents, les beaux-parents (à savoir les parents du conjoint de l'Assuré), les belles-filles, les gendres ou les petits-enfants.

PAYS D'ACCUEIL

Est considéré comme Pays d'accueil celui dans lequel vous effectuez votre Séjour.

QUARANTAINE

Isolement provisoire d'une personne en vue d'empêcher la propagation d'une Maladie contagieuse.

SÉJOUR

On entend par Séjour, tout séjour de l'Assuré en France d'une durée maximale de 12 mois consécutifs, donnant l'opportunité aux jeunes âgés de 18 à 35 ans, désireux de voyager à des fins touristiques et culturelles de séjourner dans l'un des pays partenaires et d'avoir accessoirement la possibilité d'y travailler en bénéficiant d'un visa ou d'un permis.

SINISTRE

On entend par Sinistre tout événement à caractère aléatoire, de nature à engager une des garanties du présent contrat.

SOUSCRIPTEUR

L'association Chapka, dont le siège social est situé 31-35 rue de la Fédération, 75717 Paris cedex 15, déclarée en préfecture, ayant souscrit au contrat d'assistance CAP WORKING HOLIDAY FRANCE auprès de Chapka Assurances pour le compte de ses membres (ci-avant les Assurés), personnes physiques majeures.

TIERS

Toute personne physique ou morale à l'exclusion de :

- l'Assuré(e), les membres de sa famille, ainsi que ses ascendants et descendants directs et les personnes qui l'accompagnent.
- les salariés ou agents travaillant pour le même employeur que celui de l'Assuré(e).
- toute personne logeant et/ou voyageant avec l'Assuré(e).

USURE

Dépréciation de la valeur d'un bien causée par l'usage, ou ses conditions d'entretien, au jour du Sinistre.

VÉTUSTÉ

Dépréciation de la valeur d'un bien causée par le temps au jour du Sinistre.

VILLÉGIATURE

Séjour touristique en dehors de France ne dépassant pas :

- QUATRE VINGT DIX (90) jours consécutifs et déclarés à l'assureur en cas de villégiature dehors de France,
- TRENTE (30) jours consécutifs et déclarés à l'assureur en cas de villégiature dans le pays de Domicile.

3. EFFET, DURÉE ET RENOUVELLEMENT DE L'ADHÉSION

A. DATE D'EFFET, DURÉE, RENOUVELLEMENT DE L'ADHÉSION

L'adhésion au présent contrat prend effet à la date mentionnée au certificat d'adhésion et au plus tôt à la date de début du séjour temporaire, sous réserve du versement d'une cotisation unique.

L'adhésion est souscrite pour la durée du séjour temporaire déclarée dans la demande d'adhésion et rappelée au certificat d'adhésion. La date d'effet de l'adhésion est également indiquée au certificat d'adhésion.

Sous réserve du paiement de la cotisation, et sauf réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte faite de mauvaise foi par l'Assuré, celui-ci ne peut être radié de l'assurance contre son gré tant qu'il répond aux conditions d'adhésion mentionnées aux lexiques (Assuré).

B. CESSATION DE L'ADHÉSION

L'adhésion au contrat prend fin pour l'Assuré :

- à la date à laquelle il ne remplit plus les conditions d'adhésion mentionnées (Assuré), étant précisé qu'en cas de prolongation du séjour temporaire, une nouvelle adhésion pourra être souscrite après accord expresse de l'Assureur,
- à la date à laquelle il n'est plus membre de l'association souscriptrice,
- à la date à laquelle il change de pays de séjour temporaire déclarés lors de l'adhésion sauf en cas de Villégiature,
- à la date de son retour définitif dans le pays de domicile,
- à la date de terme du séjour temporaire mentionnée au certificat d'adhésion,
- à la date de résiliation du contrat par l'Assureur ou le Souscripteur.

C. DÉLAI DE CARENCE

Sous réserve du paiement de la cotisation correspondante, les garanties prennent effet à l'issue d'un délai de carence de :

- DOUZE jours consécutifs dans les autres cas lorsque la date d'effet de l'adhésion est postérieure à la date de début du séjour temporaire.

Le délai de carence est une période pendant laquelle l'Assuré n'est pas garanti, il est décompté à partir de la date d'effet de l'adhésion mentionnée au certificat d'adhésion. Il ne s'applique pas en cas d'accident constaté par une autorité compétente et dûment justifié par notamment un rapport de police. Aucune prestation ne sera versée tant que la cotisation ne sera pas payée.

Les garanties cessent dans les cas prévus à l'article B. (Cessation de l'adhésion), lorsque l'Assuré en France a refusé le rapatriement proposé, et en tout état de cause à la date de retour définitif de l'Assuré dans son pays de domicile.

RENONCIATION

L'Assuré peut renoncer au bénéfice de son adhésion si l'adhésion a été conclue à distance (par exemple : par téléphone, email ou par internet) et que la durée de l'adhésion est supérieure à un mois.

Dans ce cas, vous pouvez exercer votre faculté de renonciation dans un délai de 14 jours à compter de la date d'effet de l'adhésion en envoyant un courrier à : Chapka Assurances / Aon France – Service clients –31 – 35 de la Fédération 75717 Paris cedex 15 (l'envoi par lettre recommandée avec avis de réception est conseillé).

A cet effet, vous pouvez utiliser le modèle suivant : « Je soussigné(e), (M/Mme, nom, prénom, adresse) déclare renoncer au bénéfice de mon adhésion. Signature. »

Nous vous rembourserons l'intégralité des primes d'assurance versées dans un délai maximum de trente (30) jours calendaires révolus à compter de la réception de votre demande de renonciation, à la condition qu'aucune demande d'indemnisation n'ait été présentée ou soit en cours de présentation et qu'aucun Événement susceptible de donner lieu à un sinistre ne se soit produit.

4. QUELLE EST LA NATURE DES DÉPLACEMENTS COUVERTS ?

Les déplacements effectués en France dans le cadre du programme « Working Holiday Visa » dont la durée n'excède pas 12 mois consécutifs.

Les déplacements touristiques effectués à l'Étranger y compris en cas de retour dans le pays d'origine pour les vacances (maximum 30 jours)

5. QUELLE EST LA COUVERTURE GÉOGRAPHIQUE DU CONTRAT ?

Les garanties d'assurance et les prestations d'assistance s'appliquent dans le monde entier à l'exclusion des pays et territoires suivants : Afghanistan, Biélorussie, Birmanie/Myanmar, région de Crimée et régions de Zaporizhzhia, Kherson, Donetsk et Lougansk, Iran, Corée du Nord, Russie, Syrie et Venezuela.

Pour vous informer avant votre départ, veuillez contacter nos points de vente ou notre Service Relation Clients au 01 41 85 85 41.

6. PAIEMENT DE LA COTISATION

La cotisation unique mentionnée au certificat d'adhésion est payable à terme d'avance par l'assuré.

Le payeur de cotisation est seul responsable de son paiement à l'égard de l'assureur. En cas de retour définitif prématuré dans le pays de domicile ou en cas de retour définitif en France prématuré, l'assureur remboursera, le cas échéant, la portion de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru.

7. RÈGLEMENT DES SINISTRES

En cas de Sinistre, vous serez indemnisé dans un délai de 5 jours suivant la réception des documents justificatifs du sinistre ou suivant notre accord quant à la prise en charge du Sinistre.

Le règlement de l'indemnité d'assurance interviendra dans la monnaie dans laquelle l'Assuré a acquitté la cotisation d'assurance.

En ce qui concerne les couvertures d'assistance, vous devez nous contacter immédiatement lors de la survenance de l'événement garanti. Si nous ne sommes pas intervenus pour vous prendre en charge et qu'un remboursement est néanmoins prévu par la présente police, vous devrez nous fournir les documents justificatifs nécessaires.

8. FAUSSE DÉCLARATION DU RISQUE

Les déclarations volontairement fausses ou incorrectes ou les réticences intentionnelles de l'Assuré entraînent la nullité de l'adhésion lorsque ces déclarations ou réticences modifient l'objet du risque ou en diminuent la perception par l'Assureur, même si le risque omis ou dénaturé par l'Assuré n'a eu aucune influence sur le Sinistre. Dans ce cas, l'Assureur a le droit de conserver toutes les primes payées et a droit au paiement de toutes les primes impayées et échues à titre de dommages-intérêts.

Les déclarations fausses ou incorrectes ou la réticence de l'Assuré, dont la mauvaise foi n'est pas établie, n'entraînent pas la nullité de l'adhésion. Si elles sont découvertes avant Sinistre, la prise en charge d'un Sinistre ou d'une réclamation se trouvera compromise : en effet, l'Assureur a le droit de réduire l'indemnité en proportion du taux des primes payées par rapport au taux des primes qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

9. AUGMENTATION OU RÉDUCTION DU RISQUE

L'Assuré doit déclarer par lettre recommandée à l'Assureur toute augmentation du risque couvert par la présente assurance dans les 15 jours à compter de la date à laquelle l'Assuré a eu connaissance d'un tel événement.

L'Assuré doit notifier par écrit l'Assureur de toute réduction du risque couvert par la présente assurance.

10. OBLIGATION DE MINIMISER LE DOMMAGE

L'Assuré doit faire tout ce qui est en son pouvoir pour éviter ou limiter les dommages causés par un Événement garanti.

11. SUBROGATION

Après avoir engagé des frais dans le cadre de nos garanties d'assurance et/ou nos prestations d'assistance, à l'exception de celle versée au titre de la garantie "Individuelle accident de voyage", nous sommes subrogés dans les droits et actions que vous pouvez avoir contre les tiers responsables du Sinistre, comme le prévoit l'article L 121-12 du Code des Assurances.

Notre subrogation est limitée au montant des frais que nous avons engagés en exécution du présent contrat.

12. CUMUL DE GARANTIES

Si les risques couverts par le présent contrat sont couverts par une autre assurance, vous devez nous informer du nom de l'assureur auprès duquel une autre assurance a été souscrite (article L 121-4 du Code des Assurances) dès que cette information a été portée à votre connaissance et au plus tard lors de la déclaration de Sinistre.

13. LOI APPLICABLE ET JURIDICTION COMPÉTENTE

Le présent contrat est soumis à la loi française.

Tout litige relatif au présent contrat et à l'Adhésion, qu'il s'agisse de son exécution ou de son interprétation, sera soumis à la compétence exclusive des juridictions françaises.

14. QUELS SONT LES DÉLAIS DE PRESCRIPTION ?

of the Insurance Cod

La prescription est le délai à l'expiration duquel une action ne peut plus être entreprise, pour tous litiges survenus entre l'Adhérent, l'Assuré et/ou l'Assureur à la suite notamment d'un sinistre couvert.

Conformément à l'article L 114-1 du Code des assurances :

« Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Par exception, les actions dérivant d'un contrat d'assurance relatives à des dommages résultant de mouvements de terrain consécutifs à la sécheresse-réhydratation des sols, reconnus comme une catastrophe naturelle dans les conditions prévues à l'article L. 125-1, sont prescrites par cinq ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance,

2° En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

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

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

Conformément à l'article L114-2 du Code des assurances :

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

Conformément à l'article L114-3 du Code des assurances :

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

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont définies aux articles 2240 à 2246 du Code civil : la reconnaissance par le débiteur du droit contre lequel il prescrivait

(article 2240 du Code civil), la demande en justice (articles 2241 à 2243 du Code civil), un acte d'exécution forcée (articles 2244 à 2246 du Code civil), reproduits ci-après :

• **Article 2240 du Code civil :** « La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription ».

• **Article 2241 du Code civil :** « La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion. Il en est de même lorsqu'elle est

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

• **Article 2242 du Code civil :** « L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance ».

• **Article 2243 du Code civil :** « L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée. »

• **Article 2244 du Code civil :** « Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée. »

• **Article 2245 du Code civil :** « L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers. En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu. Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers.

• **Article 2246 du Code civil :** « L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution ».

15. PROTECTIONS DES DONNÉES PERSONNELLES

La protection de vos données personnelles est importante pour nous. L'objectif de cette notice est d'expliquer comment nous utilisons vos données personnelles, et pour quelles finalités.

Veillez lire ce document attentivement.

1. QUELLES ENTITÉ JURIDIQUE UTILISE VOS DONNÉES PERSONNELLES ?

Le responsable de traitement est la personne physique ou morale, l'autorité publique, le service ou un autre organisme qui, seul ou conjointement avec d'autres, détermine les finalités et les moyens du traitement des données personnelles.

Les co-responsable du traitement de vos données personnelles sont :

Chapka Assurance agissant au nom d'Aon France, situé au 31-35 rue de la Fédération 75717 Paris cedex 15, enregistré sous le numéro ORIAS 07 001 560.

La succursale irlandaise d'Europ Assistance SA., située au Ground Floor, Central Quay, Block B, Riverside IV, SJRQ, Dublin 2, DO2 RR7, Irlande, succursale enregistrée auprès de l'Irish Companies Registration Office sous le numéro 907089.

Europ Assistance SA est une société immatriculée au Code des Assurances dont le siège social est 2 rue Pillet-Will, 75009 Paris, France, société anonyme immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Paris sous le numéro 451 366 405.

Si vous avez des questions concernant le traitement de vos données personnelles, veuillez contacter l'un de nos Délégués à la Protection des Données aux coordonnées suivantes :



AON FRANCE / CHAPKA ASSURANCES

31-35 rue de la Fédération
75717 Paris Cedex 15

donnees.personnelles@aon.com



EUROP ASSISTANCE SA IRISH BRANCH - DPO

Ground Floor, Central Quay,
Block B, Riverside IV, SJRQ,
Dublin 2, DO2 RR7 - Irlande

EAGlobalDPO@europ-assistance.com

2. COMMENT UTILISONS-NOUS VOS DONNÉES PERSONNELLES ?

Nous utiliserons vos données personnelles pour :

- la souscription d'assurance et gestion des risques ;
- la souscription et l'administration des polices ;
- la gestion des sinistres et des réclamations.

Ces activités de traitement sont nécessaires à l'exécution de vos Dispositions Générales. Nous pourrions également être amenés à utiliser vos données personnelles pour répondre aux intérêts légitimes suivants :

- effectuer la prévention de la fraude,
- réaliser des enquêtes de satisfaction client élaborer des études actuarielles, ou pour des besoins de réassurance.

Dans le contexte des activités susmentionnées, nous pouvons utiliser vos données personnelles car le traitement de ces données est nécessaire pour que vous puissiez bénéficier des garanties d'assurance ou à l'exécution de mesures précontractuelles (traitement nécessaire à l'exécution d'un contrat conformément à l'article 6 e) du Règlement Européen sur la Protection des Données Personnelles).

3. QUELLES DONNÉES PERSONNELLES UTILISONS-NOUS ?

Seules les données personnelles strictement nécessaires aux fins mentionnées ci-dessus seront traitées. En particulier, le responsable de traitement traitera :

- Vos Nom, adresses (postale et électronique), et documents d'identification ;
- Vos données bancaires nécessaires au paiement de la prime.

4. AVEC QUI PARTAGEONS-NOUS VOS DONNÉES PERSONNELLES ?

Nous pouvons partager vos données personnelles avec d'autres sociétés du Groupe Europ Assistance ou des sociétés du Groupe Generali, des organisations externes telles que Nos auditeurs, réassureurs, gestionnaires de sinistres, agents, entités en charge de l'exécution d'un service ou du paiement d'une indemnité dans le cadre de votre assurance.

5. OÙ TRANSFÉRONS-NOUS VOS DONNÉES PERSONNELLES ?

Nous pouvons transférer vos données personnelles vers des pays, territoires ou organisations situés en dehors de l'Espace Économique Européen (EEE) et qui ne sont pas reconnus comme offrant un niveau de protection adéquat par la Commission Européenne comme les USA. Ce sera notamment le cas si vous sollicitez la mise en œuvre d'une garantie d'assurance alors que vous séjournez dans un de ces pays.

Le transfert de données à caractère personnel à des entités non européennes se fera à la condition que des mesures de sécurité appropriées soient mises en place, en conformité à la législation applicable et conformément aux standards de clauses rédigées par la Commission Européenne. En contactant l'un des Délégués à la Protection des Données, vous pouvez obtenir des informations sur ces mesures et, le cas échéant, une copie de ces mesures.

6. QUELS SONT VOS DROITS RELATIFS À VOS DONNÉES PERSONNELLES ?

Vous pouvez exercer les droits suivants à l'égard de vos données personnelles :

- Droit d'accès à vos données personnelles
 - Vous pouvez demander l'accès à vos données personnelles.
- Droit à la rectification de vos données personnelles
 - Vous pouvez nous demander de corriger vos données personnelles qui seraient inexactes ou incomplètes.

· Droit à l'effacement de vos données personnelles

- Vous pouvez nous demander d'effacer les données personnelles lorsque l'un des motifs suivants s'applique :

a. Les données personnelles ne sont plus nécessaires au regard des finalités pour lesquelles elles ont été collectées ou traitées ;

b. Vous retirez le consentement sur lequel le traitement est basé et lorsqu'il n'y a pas d'autre motif légal pour le traitement ;

c. Vous vous opposez à ce qu'une décision automatisée vous concernant soit prise et il n'y a aucun motif légitime impérieux justifiant le traitement, ou vous vous opposez à un traitement à des fins de marketing direct ;

d. Les données personnelles ont fait l'objet d'un traitement illicite ;

e. Les données personnelles doivent être effacées pour le respect d'une obligation légale.

· Droit à la limitation du traitement de vos données personnelles

- Vous pouvez nous demander de restreindre vos données personnelles si l'un des motifs suivants est applicable :

a. Vous contestez l'exactitude de vos données personnelles et demandez la restriction pour le temps nécessaire pour nous de vérifier leur exactitude ;

b. Le traitement est illégal et vous vous opposez à l'effacement de vos données personnelles et demandez la restriction de leur utilisation à la place ;

c. Nous n'avons plus besoin des données personnelles dans le cadre des finalités du traitement, mais elles vous sont encore nécessaires pour la constatation, l'exercice ou la défense de droits en justice ;

d. Vous vous êtes opposé à l'utilisation d'un procédé de traitement automatisé de vos données personnelles et nous vérifions que Nos fondements légitimes à traiter vos données ne prévalent pas sur les Vôtres.

· Droit à la portabilité de vos données personnelles

- Données personnelles dans un format structuré, communément utilisé et lisible par une machine.

· Droit de définir des directives sur le sort de vos données après votre décès.

Vos droits, y compris le droit d'opposition, peuvent être exercés en contactant l'un des Délégués à la Protection des Données par courrier électronique :

donnees.personnelles@aon.com
EAGlobalDPO@europ-assistance.com

La demande d'exercice est gratuite, à moins qu'elle ne soit manifestement infondée ou excessive.

7. COMMENT ADRESSER UNE PLAINTE POUR FAIRE VALOIR VOS DROITS RELATIFS À VOS DONNÉES PERSONNELLES ?

Vous avez le droit d'introduire une réclamation auprès d'une autorité de contrôle.

Les coordonnées de cette autorité de contrôle sont fournies ci-dessous :

Autorité irlandaise :



OFFICE OF THE DATA PROTECTION COMMISSIONER

Canal House, Station Road,
Portarlington, Co. Laois,
R32 AP23 - Irlande

info@dataprotection.ie

Autorité française :



COMMISSION NATIONALE DE L'INFORMATIQUE ET DES LIBERTÉS

3 Place de Fontenoy - TSA 80715
75334 Paris Cedex 07

@ : Vous pouvez saisir la CNIL via son outil de plainte en ligne : <https://www.cnil.fr/plaintes>

Tel : +33 (0)1 53 73 22 22

8. COMBIEN DE TEMPS CONSERVONS-NOUS VOS DONNÉES PERSONNELLES ?

Nous conservons vos données personnelles pendant 5 ans après la fin de la période d'effet de l'Adhésion.

16. COMMENT UTILISER NOS SERVICES ?

A. VOUS AVEZ BESOIN D'ASSISTANCE (POUR LES CAS D'ACCIDENT GRAVE, HOSPITALISATION D'URGENCE, RAPATRIEMENT, RETOUR ANTICIPÉ POUR RAISON DE SANTÉ)

En cas d'urgence, il est impératif de contacter les services de secours primaires locaux pour tout problème relevant de leurs compétences.

En tout état de cause, notre intervention ne saurait se substituer aux interventions des services publics locaux ou de tout intervenant auquel nous aurions l'obligation de recourir en vertu de la réglementation locale et/ou internationale.

Afin de nous permettre d'intervenir : nous vous recommandons de préparer votre appel.

Nous vous demanderons les informations suivantes :

- vos nom(s) et prénom(s),
- l'endroit précis où vous vous trouvez, l'adresse et le numéro de téléphone où l'on peut vous joindre,
- votre numéro de contrat.

Vous devez impérativement :

- nous appeler sans attendre au n° de téléphone : 01 41 85 93 16 (depuis l'étranger le +33 1 41 85 93 16), télécopie : 01 41 85 85 71 (+33 1 41 85 85 71 depuis l'étranger).
- obtenir notre accord préalable avant de prendre toute initiative ou d'engager toute dépense,
- vous conformer aux solutions que nous préconisons,

- nous fournir tous les éléments relatifs au contrat souscrit,

- nous fournir tous les justificatifs originaux des dépenses dont le remboursement est demandé.

B. QUELLES SONT LES CONDITIONS D'APPLICATION DES GARANTIES ET DES PRESTATIONS ?

Nous nous réservons le droit de demander tous les justificatifs nécessaires à l'appui de toute demande d'assurance ou d'assistance (certificat de décès, justificatif du lien de parenté, justificatif de l'âge des enfants, justificatif de domicile, justificatif de dépenses, avis d'imposition sous réserve d'avoir préalablement occulté tous les éléments y figurant sauf votre nom, votre adresse et les personnes composant votre foyer fiscal).

Nous intervenons à la condition expresse que l'événement qui nous amène à fournir la prestation demeurerait incertain au moment de la souscription et au moment du départ.

Ne peut être ainsi couvert un Événement trouvant son origine dans une maladie et/ou blessure préexistantes diagnostiquées et/ou traitées ayant fait l'objet d'une hospitalisation continue, ou une hospitalisation de jour, ou une hospitalisation ambulatoire dans les 6 mois précédant la demande d'assistance qu'il s'agisse de la manifestation ou de l'aggravation dudit état.

C. VOUS SOUHAITEZ DÉCLARER UN SINISTRE (HORS DEMANDE D'ASSISTANCE)

Dans les 2 jours ouvrés en cas de vol, et dans les 5 jours dans tous les autres cas, vous ou toute personne agissant en votre nom, devez déclarer votre Sinistre sur le site de Chapka Assurances via le lien suivant :



CHAPKA ASSURANCES
Gestion sinistres

En ligne :
<http://www.chapkadirect.fr/sinistre>

Tel : +33 1 74 85 50 50

Bureaux ouverts du lundi au vendredi
de 9h00 à 19h00

La demande d'indemnisation concerne les garanties « Bagages et Effets Personnels », « Responsabilité Civile », « Individuelle Accident » et frais médicaux.

Vous devez déclarer votre sinistre via le site. Celui-ci vous permet de télécharger facilement l'ensemble des documents à fournir. Vous pouvez également consulter le mail que vous recevez lors de votre adhésion.

Celui-ci comporte une fiche récapitulative de ce que vous devez faire en cas de sinistre et vous permet de télécharger le questionnaire médical.

En cas de non respect de ces délais, vous perdrez pour ce Sinistre le bénéfice des garanties de votre contrat si nous pouvons établir que ce retard nous a causé un préjudice.

D. QUE DEVEZ-VOUS FAIRE DE VOS TITRES DE TRANSPORT ?

Lorsqu'un transport est organisé et pris en charge en application des clauses du contrat, vous vous engagez soit à nous réserver le droit d'utiliser le(s) titre(s) de transport que vous détenez, soit à nous rembourser les montants dont vous obtiendriez le remboursement auprès de l'organisme émetteur de votre (vos) titre(s) de transport.

E. COMMENT SONT EXPERTISÉS LES DOMMAGES MATÉRIELS COUVERTS PAR LES GARANTIES D'ASSURANCE ?

Si les dommages ne peuvent être déterminés de gré à gré ils sont évalués par la voie d'une expertise amiable et obligatoire, sous réserve de nos droits respectifs.

Chacun de nous choisit son expert. Si ces experts ne sont pas d'accord entre eux, ils font appel à un 3^e et tous les 3 opèrent en commun et à la majorité des voix.

Faute par l'un de nous de nommer un expert ou par les 2 experts de s'entendre sur le choix d'un 3^e, la nomination est faite par le Président du Tribunal Judiciaire du lieu où le Sinistre s'est produit. Cette nomination est faite sur simple requête signée au moins par l'un d'entre nous, celui n'ayant pas signé est convoqué à l'expertise par lettre recommandée.

Chacun prend à sa charge les frais et honoraires de son expert et le cas échéant, la moitié de ceux du 3^e.

F. DISPOSITIONS POUR LES RESSORTISSANTS AMÉRICAINS

Si vous êtes un ressortissant ou un résident des États-Unis et que vous vous rendez à Cuba, vous devrez fournir la preuve que vous avez voyagé à Cuba conformément aux lois des États-Unis pour que nous puissions fournir un service ou un paiement.

17. RÉCLAMATIONS

Nous nous efforçons de vous offrir le plus haut niveau de service. Cependant, en cas d'insatisfaction, vous devez d'abord envoyer votre réclamation par courrier à l'adresse suivante :



**CHAPKA ASSURANCES
/ AON FRANCE**
Service Réclamation

31-35 rue de la Fédération
75717 Paris Cedex 15

Reclamation@chapka.fr

Nous accusons réception de votre réclamation dans un délai de 10 jours à moins que nous puissions vous fournir une réponse directe. Nous nous engageons à fournir une réponse définitive dans un délai de 2 mois.

Si aucune solution n'a été trouvée à votre réclamation, vous pouvez alors contacter le Médiateur :



**LA MÉDIATION
DE L'ASSURANCE**

TSA 50110
75441 Paris Cedex 09

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

La solution proposée par le Médiateur ne s'impose pas aux parties au contrat. Vous pouvez par conséquent à tout moment agir par toute autre voie légale.

18. AUTORITÉ DE CONTRÔLE

L'autorité chargée du contrôle est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - A.C.P.R. - 4, place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris cedex 09.

DISPOSITIONS PARTICULIÈRES

BAGAGES ET EFFETS PERSONNELS

1. CE QUE NOUS GARANTISSONS

Nous garantissons, dans les limites indiquées au **Tableau des Montants de Garanties**, vos bagages, objets et effets personnels (excepté ceux listés à l'article 2 ci-dessous), hors de votre Domicile ou de votre lieu d'hébergement contre :

- la perte ou détérioration des bagages et/ou effets personnels par le transporteur et / ou lors des transferts organisés par le voyageur, après l'enregistrement desdits bagages ;
- le vol des bagages et/ou effets personnels suite à une effraction ou une agression ;
- la détérioration totale ou partielle des bagages et/ou effets personnels survenant pendant le Séjour et dû à un événement catastrophique tel qu'incendie, inondation, effondrement ou acte de terrorisme.

Est considéré comme vol avec effraction un vol impliquant le forçage, la dégradation ou la destruction d'un dispositif de fermeture d'un lieu d'hébergement, d'un local ou d'un véhicule respectant les trois conditions suivantes : clos, couvert et fermé à clef.

En cas de perte, de détérioration ou de destruction survenue alors que le Bagage est sous la responsabilité d'un transporteur et après avoir été enregistré, nous intervenons uniquement en complément de l'indemnisation de l'entreprise de transport.

2. LIMITATION DE REMBOURSEMENT POUR CERTAINS OBJETS

Pour les objets précieux, perles, bijoux et montres portés, fourrures, fusils de chasse, la valeur de remboursement ne pourra en aucun cas excéder 50% du montant d'assurance garanti indiqué au Tableau des Montants de Garanties.

En outre, les objets énumérés ci-dessus ne sont garantis que contre Les bijoux ne sont garantis contre le vol que lorsqu'ils sont portés ou placés dans un coffre-fort fermé.

Si vous utilisez une voiture particulière, les risques de vol sont couverts à condition que les bagages et effets personnels soient contenus dans le coffre et/ou l'habitacle du véhicule fermé à clé et à l'abri de tout regard. Seul le vol par effraction est couvert.

Si le véhicule stationne sur la voie publique, la garantie n'est acquise qu'entre 7 heures et 22 heures.

3. CE QUE NOUS EXCLUONS

Sont exclus :

- Le vol des bagages, effets et objets personnels laissés sans surveillance dans un lieu public ou entreposés dans un local mis à la disposition commune de plusieurs personnes.
- L'oubli, la perte (sauf par une entreprise de transport), l'échange.
- Le vol sans preuve d'effraction ou d'agression dûment constatée et verbalisée par une autorité (police, gendarmerie, compagnie de transport, commissaire de bord, etc.).
- Le vol commis par ruse.
- Le vol commis par votre personnel durant l'exercice de ses fonctions.

- Les dommages accidentels dus au coulage des liquides, de matières grasses, colorantes ou corrosives et contenus dans vos bagages.
- La confiscation des biens par les autorités (douane, police).
- Les dommages occasionnés par les mites et/ou rongeurs ainsi que par les brûlures de cigarettes ou par une source de chaleur non incandescente.
- Le vol commis dans une voiture décapotable, la garantie reste acquise à la condition de l'utilisation du couvre bagage livré avec le véhicule.
- Les collections, échantillons de représentants de commerce.
- Le vol, la perte, l'oubli ou la détérioration des espèces, documents, livres, passeports, pièces d'identité, titre de transport et cartes de crédit.
- Le vol des bijoux lorsqu'ils n'ont pas été placés dans un coffre fermé à clé ou qu'ils ne sont pas portés.
- Le bris des objets fragiles tels qu'objets en porcelaine, verre, ivoire, poterie, marbre.
- Les produits cosmétiques.
- Les objets désignés ci-après : toute prothèse, appareillage de toute nature, les vélos, les remorques, les titres de valeur, les tableaux, les lunettes, les lentilles de contact, les clés de toutes sortes (sauf celles du Domicile), les documents enregistrés sur bandes ou films ainsi que le matériel professionnel, les téléphones portables et smartphones, les drones, les CD, les DVD, tout matériel multimédia (MP3, MP4, PDA, etc.), les GPS, les articles de sport, les instruments de musique, les produits cosmétiques et alimentaires, les briquets, les stylos, les cigarettes, les alcools, les objets d'art, les cannes à pêche, les produits de beauté, les pellicules photos et les objets achetés au cours de votre voyage.
- Guerre civile ou étrangère, émeutes, insurrections, mouvements populaires, attentats/ terrorisme, actes de sabotage.
- La participation volontaire d'un Assuré à des émeutes ou grèves, rixes ou voies de fait.
- Les conséquences de la transmutation du noyau de l'atome, ainsi que la radiation causée par l'accélération artificielle de particules atomiques ou toute irradiation provenant d'une source d'énergie présentant un caractère de radioactivité.
- Les mouvements telluriques, inondations, éruptions volcaniques et, tout phénomène causé par les forces de la nature.
- Les maladies ou accidents causés par une absorption de boissons alcoolisées par un Assuré (taux d'alcoolémie supérieur ou égal au taux en vigueur dans le pays de séjour dans lequel se trouve l'Assuré).
- La consommation de stupéfiants, de drogues ou de médicaments non prescrits médicalement.
- Les sinistres liés à l'usage d'un cycle à moteur d'une cylindrée supérieure à 125 cm³ en tant que conducteur ou passager.
- Les sinistres liés par l'usage des deux roues lorsque l'Assuré(e) n'est pas titulaire d'un permis de conduire en conformité avec la législation du pays dans lequel il se trouve.
- Les sinistres liés à l'usage des deux roues lorsque l'Assuré(e) ne portait pas de casque en contradiction avec la législation en vigueur du pays dans lequel il se trouve.
- Le suicide, la tentative de suicide ou l'automutilation d'un Assuré.
- Tout acte intentionnel de votre part pouvant entraîner la garantie du contrat.

4. POUR QUEL MONTANT INTERVENONS-NOUS ?

Le montant **indiqué au Tableau des Montants de Garantie** constitue le maximum de remboursement pour tous les sinistres survenus pendant la période de garantie.

Une franchise indiquée au tableau des Montants de Garantie, sera retenue par Sinistre.

5. COMMENT VOTRE INDEMNITÉ EST-ELLE CALCULÉE ?

Vous serez indemnisé(e) sur la base de la valeur de remplacement par des objets équivalents et de même nature, Usure et Vétusté déduites.

DATE D'ACHAT	PRIX D'ACHAT % PAYÉ
< 1 an	75%
> 1 an et < 2 ans	65%
> 2 ans et < 3 ans	55%
> 3 ans et < 4 ans	45%
> 4 ans et < 5 ans	35%
> 5 ans et < 6 ans	25%
> 6 ans et < 7 ans	15%
> 7 ans et < 8 ans	5%
> 8 ans	X

6. QUELLES SONT LES PIÈCES À FOURNIR EN CAS DE SINISTRE ?

Votre déclaration de Sinistre devra être accompagnée des éléments suivants :

- le récépissé d'un dépôt de plainte ou de déclaration de vol effectuée dans les 48 heures auprès d'une autorité (police, gendarmerie, compagnie de transport, commissaire de bord, etc.) lorsqu'il s'agit de vol ou de perte,
- En cas de perte ou détérioration survenues lorsque le bagage est sous la responsabilité du transporteur : le bulletin de réserve et le justificatif de sa réclamation auprès du transporteur, le constat d'avarie bagage ou le constat d'irrégularité bagage (PIR) communiqué par l'entreprise de transport. Il devra également communiquer le justificatif de remboursement de l'entreprise de transport et à défaut, le justificatif de refus de prise en charge de l'entreprise de transport,
- Le ticket d'enregistrement du bagage livré avec retard par la compagnie de transport et le justificatif de la livraison tardive.

En cas de non présentation de ces documents nous serons en droit de vous réclamer une indemnité égale au préjudice qui en sera résulté pour nous.

Les sommes assurées ne peuvent être considérées comme preuve de la valeur des biens pour lesquels vous demandez indemnisation, ni comme preuve de l'existence de ces biens.

Vous êtes tenu(e) de justifier, par tous moyens en votre pouvoir et par tout document en votre possession, de l'existence et de la valeur de ces biens au moment du Sinistre, ainsi que de l'importance des dommages.

7. QUE SE PASSE-T-IL SI VOUS RÉCUPÉREZ TOUT OU PARTIE DES OBJETS VOLES COUVERTS PAR UNE GARANTIE BAGAGES ?

Vous devez nous en aviser immédiatement par lettre recommandée dès que vous en êtes informé(e).

- Si nous ne vous avons pas encore réglé l'indemnité, vous devrez reprendre possession des objets, nous ne serons alors tenus qu'au paiement des détériorations ou manquants éventuels.
- Si nous vous avons déjà indemnisé, vous pouvez opter dans un délai de 15 jours :
 - soit pour le délaissement,
 - soit pour la reprise des objets moyennant la restitution de l'indemnité que vous avez reçue sous déduction des détériorations ou des manquants.

Si vous n'avez pas choisi dans un délai de 15 jours, nous considérons que vous optez pour le délaissement.

INDIVIDUELLE ACCIDENT DE VOYAGE

1. CE QUE NOUS GARANTISSONS

DÉCÈS ACCIDENTEL

Lorsqu'un(e) Assuré(e) est victime d'un Accident corporel au cours d'un Séjour et décède des suites de cet Accident dans les Vingt-Quatre mois suivant sa survenance, l'Assureur verse au bénéficiaire les sommes indiquées au **Tableau des Montants de Garanties**. Si le corps de l'Assuré(e) n'est pas retrouvé à la suite d'un naufrage, de la disparition ou de la destruction du moyen de transport dans lequel il/elle voyageait, il y a présomption de décès à l'expiration d'un délai d'un an à compter du jour de l'Accident corporel. La garantie est alors acquise aux bénéficiaires sur présentation d'un jugement déclaratif de décès. Cependant, s'il est prouvé, après le versement du capital au(x) bénéficiaire(s), à quelque moment que ce soit, que l'Assuré(e) est toujours en vie, la somme versée au titre de la présomption de décès est à restituer, dans son intégralité, à l'Assureur, l'Assuré(e) étant garant de cette restitution.

INVALIDITÉ PERMANENTE ACCIDENTELLE

Lorsqu'un(e) Assuré(e) est victime, au cours d'un Séjour, d'un Accident corporel à la suite duquel il est établi qu'il/elle est resté(e) invalide, partiellement ou totalement, l'Assureur verse à l'Assuré(e) concerné(e), ou à son représentant légal s'il s'agit d'un(e) mineur(e), la somme obtenue en multipliant le montant **indiqué au Tableau des Montants de Garanties** par le taux d'invalidité, tel que défini dans le Guide du Barème européen d'évaluation des atteintes à l'intégrité physique et psychique. Le taux d'invalidité est fixé dès qu'il y a consolidation de l'état de santé de l'Assuré(e), au plus tard à l'expiration d'un délai de trois ans à partir de la date de l'Accident corporel. Dans les cas d'invalidité non prévus dans le barème, les taux sont fixés par comparaison de leur gravité avec les cas énumérés dans le Guide de Barème susmentionné. Les taux d'invalidité sont fixés en dehors de toute considération professionnelle, sociale ou familiale. La perte anatomique de membres ou organes déjà perdus fonctionnellement avant l'Accident corporel ne peut donner lieu à indemnisation.

Les lésions aux membres ou organes déjà invalides avant l'Accident corporel ne sont indemnisées que par différence entre l'état avant et après l'Accident. L'évaluation des lésions d'un membre ou organe ne peut être influencée par l'état d'invalidité préexistant d'un autre membre ou organe. Si plusieurs membres ou organes sont atteints par le même Accident corporel, les taux d'invalidité se cumulent sans pouvoir excéder cent pour-cent (100%). En cas de décès avant consolidation définitive de l'invalidité, le capital prévu en cas de décès est versé, déduction faite des sommes ayant déjà éventuellement été versées au titre de l'invalidité. Il n'y a pas cumul entre les garanties « Décès Accidentel » et les garanties « Invalidité Permanente Accidentelle », lorsqu'elles sont les suites d'un même événement.

2. NON CUMUL DES INDEMNITÉS

Il n'y a pas de cumul entre les montants dus en cas de décès et d'invalidité permanente totale lorsqu'elles résultent des suites du même événement garanti.

Si après avoir reçu une indemnité résultant de l'invalidité partielle consécutive à un Événement garanti, vous veniez à décéder des suites du même Événement, nous verserions aux ayant droits le capital prévu en cas de décès **dans la limite du montant indiqué au Tableau des Montants de Garanties** sous déduction de l'indemnité que nous vous aurions déjà versée au titre de l'invalidité permanente partielle.

3. CE QUE NOUS EXCLUONS

Sont exclus :

- Les maladies mentales, ainsi que toutes les maladies existantes au moment de l'adhésion au contrat.
- Les accidents résultant de la pratique de certains sports tels que : varappe, alpinisme, luge de compétition, parachutisme et tout sport aérien, y compris cerf-volant ou tout engin analogue, spéléologie, ainsi que ceux résultant d'un entraînement ou d'une participation à des compétitions sportives.
- Les accidents causés par l'usage d'un cycle à moteur d'une cylindrée supérieure à 125 cm³ en tant que conducteur ou passager.
- Les accidents causés par une société de transport non agréée pour le transport public de personnes.
- Les accidents résultant de la pratique de la plongée sous-marine (avec ou sans appareillage) lorsque l'activité est pratiquée à plus de 10 km d'une structure médicale disposant de caisson hyperbare.
- Les accidents résultant de la pratique de la plongée sous-marine (avec ou sans appareillage) lorsque l'activité est pratiquée sans l'encadrement d'un moniteur ayant la qualification requise.
- Les accidents causés par l'usage d'un cycle à moteur d'une cylindrée supérieure à 125 cm³ en tant que conducteur ou passager.
- Les accidents causés par une société de transport non agréée pour le transport public de personnes,
- Toute réclamation ayant pour origine un accident survenu lors de l'exercice de votre activité professionnelle.

- Guerre civile ou étrangère, émeutes, insurrections, mouvements populaires, attentats/ terrorisme, actes de sabotage.
- La participation volontaire d'un Assuré à des émeutes ou grèves, rixes ou voies de fait.
- Les conséquences de la transmutation du noyau de l'atome, ainsi que la radiation causée par l'accélération artificielle de particules atomiques ou toute irradiation provenant d'une source d'énergie présentant un caractère de radioactivité.
- Les mouvements telluriques, inondations, éruptions volcaniques et, tout phénomène causé par les forces de la nature.
- Les maladies ou accidents causés par une absorption de boissons alcoolisées par l'Assuré (taux d'alcoolémie supérieur ou égal au taux en vigueur dans le pays de séjour dans lequel se trouve l'Assuré).
- La consommation de stupéfiants, de drogues ou de médicaments non prescrits médicalement.
- Les sinistres liés à l'usage d'un cycle à moteur d'une cylindrée supérieure à 125 cm³ en tant que conducteur ou passager.
- Les sinistres liés par l'usage des deux roues lorsque l'Assuré(e) n'est pas titulaire d'un permis de conduire en conformité avec la législation du pays dans lequel il se trouve.
- Les sinistres liés à l'usage des deux roues lorsque l'Assuré(e) ne portait pas de casque en contradiction avec la législation en vigueur du pays dans lequel il se trouve.
- Le suicide, la tentative de suicide ou l'automutilation d'un Assuré.
- Tout acte intentionnel de votre part pouvant entraîner la garantie du contrat.

4. QUELLES SONT VOS OBLIGATIONS EN CAS DE SINISTRE ?

Votre déclaration de Sinistre devra être accompagnée des éléments suivants :

- d'un certificat médical attestant de votre invalidité,
- des déclarations éventuelles des témoins établissant la matérialité ou l'importance de l'Accident.

Pendant la durée de son traitement, l'Assuré devra permettre le libre accès au médecin conseil, que nous vous désignerons, à votre dossier médical afin qu'il puisse évaluer les conséquences de l'Accident.

En cas de désaccord sur les causes ou les conséquences de l'Accident, nous soumettrons son différend à 2 experts choisis l'un par l'Assuré ou par ses ayants droit, l'autre par nous-mêmes, sous réserve de nos droits respectifs.

En cas de divergence, un 3^e expert sera nommé, soit d'un commun accord, soit par le Président du Tribunal Judiciaire de votre lieu de résidence.

RESPONSABILITÉ CIVILE VIE PRIVÉE EN FRANCE (DEUXIÈME LIGNE)

L'Assureur garantit l'Assuré(e) contre les conséquences financières qu'il est juridiquement tenu de payer à titre de dédommagement (ainsi que les frais annexes tels que les honoraires d'enquête, d'instruction, d'expertise, d'avocat, de procès), survenu dans le cadre de sa vie privée et à l'occasion d'un Séjour hors de son pays de Domicile. Cette garantie s'applique uniquement pour les dommages causés à des Tiers et uniquement pour des biens ne vous appartenant pas, n'étant pas sous votre garde ou responsabilité, ni à votre charge.

Vous devez nous informer par écrit dans les meilleurs délais de tout incident pouvant donner lieu au versement d'une indemnité.

Vous devez nous communiquer tout formulaire de réclamation judiciaire, assignation, lettre de réclamation ou tout autre document dès réception par vos soins. Vous ne devez admettre aucune responsabilité, effectuer ou promettre un versement ou entrer en pourparlers en ce qui concerne une réclamation sans notre accord écrit. Toutefois, la reconnaissance des faits de l'espèce ne constitue pas une reconnaissance de responsabilité, pas plus que le fait d'avoir procuré une assistance d'urgence à la victime, qui constituent un acte d'assistance raisonnable que toute personne fournirait.

Nous pouvons intervenir pour prendre en charge votre défense et conduire le procès pour ce qui concerne les faits, dommages et pertes relevant de la garantie d'assurance décrite au présent paragraphe.

Vous participerez et fournirez les informations et documents en votre possession afin d'organiser votre défense.

La prise en charge de votre défense, à titre de précaution, ne peut être interprétée comme une reconnaissance de garantie ou d'application de la couverture d'assurance ou d'engagement de notre part de supporter les dommages et pertes qui pourraient ne pas être couverts par le présent contrat.

Si la réclamation n'est pas couverte par le présent contrat et que nous avons pris en charge des sommes à votre place ou procédé à un dépôt à votre place, nous nous réservons le droit de vous demander le remboursement de l'ensemble de ces sommes.

1. RC VIE PRIVÉE À L'ÉTRANGER

1.1. CE QUE NOUS GARANTISSONS

Les conséquences pécuniaires que vous pouvez encourir et faisant suite à une réclamation amiable ou judiciaire formée à votre rencontre par le tiers lésé, en raison de tout dommage corporel ou matériel garanti par la présente assurance, causé à ce dernier par un accident, un incendie ou une explosion survenant au cours de votre Séjour en France, **dans la limite des montants indiqués au Tableau des Montants de Garanties.**

La garantie est mise en jeu dans les conditions suivantes :

- lorsque vous avez occasionné des dommages à un tiers qui met en cause votre responsabilité civile au moyen d'une réclamation,
- et lorsque le fait dommageable est survenu entre la date de prise d'effet initiale de la garantie et sa date de résiliation ou d'expiration, quelle que soit la date des autres éléments constitutifs du Sinistre.

Cette garantie n'intervient qu'après épuisement de toutes les assurances en vigueur existantes, souscrites par l'Assuré ou dont il bénéficie. Par conséquent, tout dossier sinistre devra être soumis par l'Assuré en premier lieu à la/aux compagnie(s) d'assurance concernées.

1.2. CE QUE NOUS EXCLUONS

Sont exclus :

- Les dommages causés par votre activité professionnelle ou votre emploi.
- Les pertes et dommages provenant d'une faute intentionnelle ou dolosive de l'Assuré.
- Toute responsabilité liée à la propriété, à la détention ou à l'utilisation de véhicules terrestres, aériens ou maritimes/fluviaux.
- Les dommages résultant de la pratique de la chasse.
- Les conséquences de tout sinistre matériel ou corporel vous atteignant ainsi que votre conjoint, vos ascendants ou descendant.
- Les dommages immatériels sauf lorsqu'ils sont la conséquence de dommages matériels ou corporels garantis, auquel cas leur prise en charge est comprise telle qu'elle figure dans le plafond prévu au Tableau des Montants de Garanties.
- Toutes dispositions prises à votre initiative sans notre accord préalable.
- Les accidents résultant de la pratique des sports suivants : bobsleigh, varappe, skeleton, alpinisme, luge de compétition, tout sport aérien, ainsi que ceux résultant d'une participation ou d'un entraînement à des matchs ou compétitions.
- Les amendes ainsi que toutes condamnations pécuniaires prononcées à titre de sanctions et ne constituant pas la réparation directe d'un dommage corporel ou matériel (tels que dommages punitifs ou exemplaires).
- Les dommages matériels occasionnés par l'Assuré(e) aux ordinateurs portables, téléphones portables et tablettes.
- Les dommages causés aux biens qui sont confiés, loués ou prêtés à l'assuré.
- Guerre civile ou étrangère, émeutes, insurrections, mouvements populaires, attentats/ terrorisme, actes de sabotage.
- La participation volontaire d'un Assuré à des émeutes ou grèves, rixes ou voies de fait.
- Les conséquences de la transmutation du noyau de l'atome, ainsi que la radiation causée par l'accélération artificielle de particules atomiques ou toute irradiation provenant d'une source d'énergie présentant un caractère de radioactivité.
- Les mouvements telluriques, inondations, éruptions volcaniques et, tout phénomène causé par les forces de la nature.
- Les maladies ou accidents causés par une absorption de boissons alcoolisées par l'Assuré (taux d'alcoolémie supérieur ou égal au taux en vigueur dans le pays de séjour dans lequel se trouve l'Assuré).
- La consommation de stupéfiants, de drogues ou de médicaments non prescrits médicalement.
- Les sinistres liés à l'usage d'un cycle à moteur d'une cylindrée supérieure à 125 cm³ en tant que conducteur ou passager.

- Les sinistres liés par l'usage des deux roues lorsque l'Assuré(e) n'est pas titulaire d'un permis de conduire en conformité avec la législation du pays dans lequel il se trouve.
- Les sinistres liés à l'usage des deux roues lorsque l'Assuré(e) ne portait pas de casque en contradiction avec la législation en vigueur du pays dans lequel il se trouve.
- Le suicide, la tentative de suicide ou l'automutilation d'un Assuré.
- Tout acte intentionnel de votre part pouvant entraîner la garantie du contrat.

ASSISTANCE

Les prestations mentionnées à cette section sont fournies par l'Assureur et son intervention est limitée aux prestations qu'il a organisées ou, en cas de circonstances spécifiques, autorisées. Vous êtes couvert depuis la date de départ jusqu'à la date de fin.

Dans un cas d'urgence, l'Assureur ne peut se substituer aux services d'urgence localement compétents. Dans certaines circonstances, le recours aux services d'urgence localement compétents est obligatoire en application de la réglementation locale ou internationale.

Nos prestations sont fournies sous la condition d'être autorisés à intervenir par les services d'urgence localement compétents ou par les lois et réglementations applicables dans le pays où vous avez besoin d'assistance. Il est en outre rappelé que l'Assureur et ses agents sont soumis aux restrictions de circulation des biens et des personnes émises par l'Organisation Mondiale de la Santé ou le pays considéré. En dernier lieu, les transporteurs publics de passagers (en particulier, les compagnies aériennes) peuvent imposer des conditions spécifiques, pouvant être modifiées sans préavis, dans le cas de passagers présentant un certain état de santé (tels qu'exams médicaux, un certificat médical, etc...). En conséquence, l'ensemble des prestations de cette section sont fournies sous réserve de l'acceptation et de la disponibilité des transporteurs publics de passagers.

1. CE QUE NOUS GARANTISSONS

Vous devez obtenir notre accord préalable avant de prendre toute initiative ou d'engager toute dépense. Par ailleurs, il est entendu que tout refus d'application des décisions prises par EUROP ASSISTANCE met fin à l'ensemble des garanties et prestations.

A. ASSISTANCE AUX PERSONNES EN CAS DE MALADIE OU DE BLESSURE AU COURS DU VOYAGE

1. TRANSPORT/RAPATRIEMENT

Si au cours de votre séjour, vous êtes malade ou blessé(e), nos médecins se mettent en relation avec le médecin local qui vous a reçu à la suite de la Maladie ou de l'Accident.

Les informations recueillies, auprès du médecin local et éventuellement du médecin traitant habituel, nous permettent, après décision de nos médecins, de déclencher et d'organiser en fonction des seules exigences médicales :

- soit votre retour à votre Domicile,

· soit votre transport, le cas échéant sous surveillance médicale, vers un service hospitalier approprié proche de votre Domicile, par véhicule sanitaire léger, par ambulance, par train (place assise en 1^{re} classe, couchette 1^{re} classe ou wagon-lit), par avion de ligne ou par avion sanitaire.

De même, en fonction des seules exigences médicales et sur décision de nos médecins, nous pouvons déclencher et organiser dans certains cas, un premier transport vers un centre de soins de proximité, avant d'envisager un retour vers une structure proche de votre Domicile.

Seuls votre situation médicale et le respect des règlements sanitaires en vigueur sont pris en considération pour arrêter la décision de transport, le choix du moyen utilisé pour ce transport et le choix du lieu d'hospitalisation éventuel.

Cette garantie ne peut être invoquée qu'une seule fois par période de 12 mois.

IMPORTANT

Il est à cet égard expressément convenu que la décision finale à mettre en œuvre appartient en dernier ressort à nos médecins et ce, afin d'éviter tout conflit d'autorités médicales.

Par ailleurs, dans le cas où vous refuseriez de suivre la décision considérée comme la plus opportune par nos médecins, vous nous déchargez de toute responsabilité, notamment en cas de retour par vos propres moyens ou encore en cas d'aggravation de votre état de santé.

2. PRÉSENCE HOSPITALISATION

Lorsque vous êtes seul(e) et hospitalisé(e) sur le lieu de votre Maladie ou de votre Accident, et que nos médecins jugent à partir des informations communiquées par les médecins locaux que votre retour ne peut se faire avant 5 jours, nous organisons et prenons en charge le voyage aller-retour depuis votre pays de Domicile, par train 1^{re} classe ou par avion classe économique d'une personne de votre choix afin qu'elle se rende à votre chevet.

Nous prenons en charge également les frais d'hôtel de la personne (chambre et petit-déjeuner), **à concurrence du montant indiqué au Tableau des Montants de Garanties**, pour une durée de 10 nuits maximum.

Cette garantie n'est acquise qu'en l'absence, sur place, d'un accompagnant.

3. RETOUR ANTICIPE EN CAS DE DÉCÈS OU D'HOSPITALISATION D'UN MEMBRE DE LA FAMILLE

Pendant votre séjour, vous apprenez l'hospitalisation à la suite d'une maladie grave ou d'un accident grave et imprévue supérieure à 5 jours de votre conjoint, vos ascendants ou descendants directs, frère ou sœur, votre beau-père ou belle-mère, et vous souhaitez vous rendre à son chevet, sur le lieu d'hospitalisation. EUROP ASSISTANCE met à votre disposition et prend en charge :

· Soit votre billet avion aller (Classe économique) jusqu'à votre pays de domicile ou billet de train (1^{ère} Classe) jusqu'à la ville la plus proche dans votre pays de domicile, à l'exclusion de tout autre frais d'acheminement ;

· Soit votre billet avion aller/retour (Classe économique) jusqu'à votre pays de domicile ou train (1^{ère} Classe) jusqu'à la ville la plus proche dans votre pays de domicile, à l'exclusion de tout autre frais d'acheminement ;

Sous réserves que les conditions suivantes soient respectées :

L'Assuré(e) doit contacter le plateau d'assistance et obtenir son accord avant tout achat de billet.

Afin de bénéficier du billet Aller et retour, les conditions supplémentaires doivent être respectées :

· Votre billet retour est commandé au même moment que votre billet aller,

· La date de votre retour doit intervenir au maximum 30 jours après votre billet aller,

· Votre contrat d'assurance doit être en cours de validité pour une période supérieure ou égale à 1 mois, à l'issue de la date retour.

Nous nous réservons le droit de vous réclamer tout justificatif complémentaire (lien de parenté, certificat de décès, facture d'achat du billet aller/retour, ...).

A défaut de présentation de justificatifs complémentaires dans un délai de 30 jours, nous nous réservons le droit de vous facturer l'intégralité de la prestation.

Cette garantie ne peut être invoquée qu'une seule fois par période de 12 mois

B. ASSISTANCE EN CAS DE DÉCÈS

1. TRANSPORT DE CORPS ET FRAIS DE CERCUEIL EN CAS DE DÉCÈS D'UN ASSURÉ

L'Assuré décède durant son Séjour : nous organisons et prenons en charge le transport du défunt assuré jusqu'au lieu des obsèques dans son pays de Domicile.

Nous prenons également en charge l'intégralité des frais nécessités par les soins de préparation et les aménagements spécifiques au transport exclusivement, à l'exclusion des autres frais.

De plus, nous participons aux frais de cercueil ou frais d'urne, que la famille se procure auprès du prestataire funéraire de son choix, **à concurrence du montant indiqué au Tableau des Montants de Garanties**, et sur présentation de la facture originale.

Les autres frais (notamment de cérémonie, convois locaux, inhumation) restent à la charge de la famille.

2. RETOUR ANTICIPÉ EN CAS DE DÉCÈS D'UN MEMBRE DE VOTRE FAMILLE

Pendant votre séjour, vous apprenez le décès de votre conjoint, vos ascendants ou descendants directs, frère ou sœur, votre beau-père ou belle-mère, et vous souhaitez vous rendre aux obsèques. EUROP ASSISTANCE met à votre disposition et prend en charge :

· Soit votre billet avion aller (Classe économique) jusqu'à votre pays de domicile ou billet de train (1^{ère} Classe) jusqu'à la ville la plus proche dans votre pays de domicile, à l'exclusion de tout autre frais d'acheminement ;

· Soit votre billet avion aller/retour (Classe économique) jusqu'à votre pays de domicile ou train (1^{ère} Classe) jusqu'à la ville la plus proche dans votre pays de domicile, à l'exclusion de tout autre frais d'acheminement.

Sous réserves que les conditions suivantes soient respectées :

- L'Assuré(e) doit contacter le plateau d'assistance et obtenir son accord avant tout achat de billet.

Afin de bénéficier du billet Aller et retour, les conditions supplémentaires doivent être respectées :

- Votre billet retour est commandé au même moment que votre billet aller ;
- La date de votre retour doit intervenir au maximum 30 jours après votre billet aller ;
- Votre contrat d'assurance doit être en cours de validité pour une période supérieure ou égale à 1 mois, à l'issue de la date retour.

Nous nous réservons le droit de vous réclamer tout justificatif complémentaire (lien de parenté, certificat de décès, facture d'achat du billet aller/retour, ...).

A défaut de présentation de justificatifs complémentaires dans un délai de 30 jours, nous nous réservons le droit de vous facturer l'intégralité de la prestation.

Cette garantie ne peut être invoquée qu'une seule fois par période de 12 mois.

C. ASSISTANCE VOYAGE

1. FRAIS DE RECHERCHE ET DE SECOURS EN MER, EN MONTAGNE ET DANS LE DÉSERT

Nous prenons en charge les frais de recherche et de secours en mer et en montagne et dans le désert **jusqu'à concurrence du montant indiqué au Tableau des Montants de Garanties.**

Seuls les frais facturés par une société dûment agréée pour ces activités peuvent être remboursés.

La prestation ne comprend pas l'organisation ni la réalisation des recherches et des secours.

CE QUE NOUS EXCLUONS

Nous ne pouvons, en aucun cas, nous substituer aux organismes locaux de secours d'urgence.

Sont exclus :

- Les conséquences de l'exposition à des agents biologiques infectants diffusés de façon intentionnelle ou accidentelle, à des agents chimiques type gaz de combat, à des agents incapacitants, à des agents neurotoxiques ou à effets neurotoxiques rémanents.
- Les conséquences d'actes intentionnels de votre part ou les conséquences d'actes dolosifs, de tentatives de suicide ou suicides.
- Les états de santé et/ou maladies et/ou blessures préexistants diagnostiqués et/ou traités ayant fait l'objet d'une hospitalisation continue, d'une hospitalisation de jour ou d'une hospitalisation ambulatoire dans les 6 mois précédant toute demande, qu'il s'agisse de la manifestation ou de l'aggravation dudit état.
- Les frais engagés sans notre accord ou non expressément prévus par les présentes Dispositions Générales du contrat.
- Les frais non justifiés par des documents originaux.
- Les sinistres survenus dans les pays exclus de la garantie ou en dehors des dates de validité du contrat, et notamment au-delà de la durée du voyage prévu à l'Étranger.

- Les conséquences des incidents survenus au cours d'épreuves, courses, ou compétitions motorisées (ou leurs essais), soumises par la réglementation en vigueur à l'autorisation préalable des pouvoirs publics, lorsque vous y participez en tant que concurrent, ou au cours d'essais sur circuit soumis à homologation préalable des pouvoirs publics, et ce, même si vous utilisez votre propre véhicule.
- Les voyages entrepris dans un but de diagnostic et/ou de traitement médical ou d'intervention de chirurgie esthétique, leurs conséquences et les frais en découlant.
- L'organisation et la prise en charge du transport visé au chapitre « TRANSPORT/RAPATRIEMENT » pour des affections bénignes qui peuvent être traitées sur place et qui ne vous empêchent pas de poursuivre votre voyage.
- Les demandes d'assistance se rapportant à la procréation médicalement assistée ou à l'interruption volontaire de grossesse, leurs conséquences et les frais en découlant.
- Les demandes relatives à la procréation ou la gestation pour le compte d'autrui, ses conséquences et les frais en découlant.
- Les appareillages médicaux et les prothèses (dentaires, auditives, médicales).
- Les cures thermales, leurs conséquences et les frais en découlant.
- Les frais médicaux engagés dans votre pays de Domicile.
- Les hospitalisations prévues, leurs conséquences et les frais en découlant.
- Les frais d'optique (lunettes et verres de contact par exemple).
- Les vaccins et frais de vaccination.
- Les visites médicales de contrôle, leurs conséquences et les frais s'y rapportant.
- Les interventions à caractère esthétique, ainsi que leurs éventuelles conséquences et les frais en découlant.
- Les séjours dans une maison de repos, leurs conséquences et les frais en découlant.
- Les rééducations, kinésithérapies, chiropraxies, leurs conséquences et les frais en découlant.
- Les services médicaux ou paramédicaux et l'achat de produits dont le caractère thérapeutique n'est pas reconnu par la législation française, et les frais s'y rapportant.
- Les bilans de santé concernant un dépistage à titre de prévention, les traitements ou analyses réguliers, leurs conséquences et les frais en découlant.
- L'organisation des recherches et secours des personnes, notamment en montagne, en mer ou dans le désert.
- Les frais liés aux excédents de poids des bagages lors d'un transport par avion et les frais d'acheminement des bagages lorsqu'ils ne peuvent être transportés avec vous.
- Les frais d'annulation de voyage.
- Les frais de restaurant.
- Les frais de douane.
- Les frais téléphoniques et de taxi.
- Guerre civile ou étrangère, émeutes, insurrections, mouvements populaires, attentats/ terrorisme, actes de sabotage.
- La participation volontaire d'un Assuré à des émeutes ou grèves, rixes ou voies de fait.

- Les conséquences de la transmutation du noyau de l'atome, ainsi que la radiation causée par l'accélération artificielle de particules atomiques ou toute irradiation provenant d'une source d'énergie présentant un caractère de radioactivité.
- Les mouvements telluriques, inondations, éruptions volcaniques et, tout phénomène causé par les forces de la nature.
- Les maladies ou accidents causés par une absorption de boissons alcoolisées par l'Assuré (taux d'alcoolémie supérieur ou égal au taux en vigueur dans le pays de séjour dans lequel se trouve l'Assuré).
- La consommation de stupéfiants, de drogues ou de médicaments non prescrits médicalement.
- Les sinistres liés à l'usage d'un cycle à moteur d'une cylindrée supérieure à 125 cm³ en tant que conducteur ou passager.
- Les sinistres liés par l'usage des deux roues lorsque l'Assuré(e) n'est pas titulaire d'un permis de conduire en conformité avec la législation du pays dans lequel il se trouve.
- Les sinistres liés à l'usage des deux roues lorsque l'Assuré(e) ne portait pas de casque en contradiction avec la législation en vigueur du pays dans lequel il se trouve.
- Le suicide, la tentative de suicide ou l'automutilation d'un Assuré.
- Tout acte intentionnel de votre part pouvant entraîner la garantie du contrat.
- Les conséquences d'une mise en Quarantaine et/ou de mesures de restriction de déplacement décidées par une autorité compétente, qui pourrait affecter l'Assuré ou son accompagnant avant ou pendant leur/son voyage.



Aon France
 agissant sous le nom commercial **Chapka Assurances**.
Siège social
 31-35 rue de la Fédération, 75717 Paris Cedex 15
 t +33(0)1 47 83 10 10
 aon.fr

N° ORIAS 07 001 560
 SAS au capital de 46 027 140 euros
 414 572 248 RCS Paris
 N° de TVA intracommunautaire : FR 22 414 572 248
 Garantie financière et assurance de responsabilité civile professionnelle conformes aux articles L.512-7 et L.512-6 du Code des assurances

CAP WORKING HOLIDAY FRANCE

CONTRAT DISTRIBUÉ PAR



Aon France agissant sous le nom commercial Chapka Assurances.
Siège social 31-35 rue de la Fédération 75717 Paris Cedex 15
t +33(0)1 47 83 10 10 | aon.fr, N° ORIAS 07 001 560
SAS au capital de 46 027 140 euros | 414 572 248 RCS Paris
N° de TVA intracommunautaire : FR 22 414 572 248
Garantie financière et assurance de responsabilité civile professionnelle
conformes aux articles L.512-7 et L.512-6 du Code des assurances.



CONTRAT SOUSCRIT PAR

Chapka - Association de loi 1901 - Siège social : 31-35 rue de la Fédération,
75717 Paris cedex 15 - Date de publication au J.O. : 13/12/2014
RNA n°W751227155.

ASSUREURS



QUATREM
SA au capital de 510 426 261 euros
Régie par le Code des assurances
21 rue Laffitte – 75009 Paris
412 367 724 RCS Paris
Société du groupe Malakoff Médéric Humanis



* Vous vivez, nous veillons

Société anonyme régie par le Code des Assurances, au capital de 48 123
637 EUR dont le siège social est situé au 2 rue Pillet-Will, 75009 Paris, France,
immatriculée au registre du commerce et des sociétés de Paris sous le numéro
451 366 405, agissant pour les besoins de la présente Police par l'intermédiaire
de sa succursale irlandaise EUROP ASSISTANCE SA IRISH BRANCH dont le
principal établissement est situé au Ground Floor, Central Quay, Block B, Riverside
IV, SJRQ, Dublin 2, DO2 RR77, Ireland, et enregistrée auprès de la Irish Companies
Registration Office sous le numéro 907089.