Chapka Assurances Voyage

FRAIS MÉDICAUX · ASSISTANCE · BAGAGES · CAPITAL · RESPONSABILITÉ CIVILE

CONDITIONS GÉNÉRALES

CAP WORKING HOLIDAY

SOMMAIRE

QUE FAIRE EN CAS DE SINISTRE ? page 2

TABLEAU DES GARANTIES page 3

GARANTIE FRAIS MÉDICAUX À L'ÉTRANGER page 6

Contrat QUATREM N°0027921 10000 002

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

GARANTIE ASSISTANCE RAPATRIEMENT ET ASSURANCE VOYAGE page 17

Contrat AXA N°22 43 712

- Tableau des garanties
- Les garanties d'assurance et d'assistance
- Cadre Juridique

Chapka Assurances Voyage

FRAIS MÉDICAUX · ASSISTANCE · BAGAGES · CAPITAL · RESPONSABILITÉ CIVILE

QUE FAIRE EN CAS DE SINISTRE ?

CAP WORKING HOLIDAY

BESOIN D'ASSISTANCE ?

HOSPITALISATION + 24H, RETOUR ANTICIPÉ, RAPATRIEMENT, PRÉSENCE HOSPITALISATION

Indiquez-nous :
- Vos nom(s) et prénom(s) ;
- Vos coordonnés (adresse, n° de téléphone) ;
- Votre numéro d'adhésion ;
- Le numéro de police : **22 43 712.**

Appelez le plateau d'assistance 24/24 et 7/7 au :

+33 (0)1 59 20 06 36

Ou gratuitement via l'app Chapka avec une connexion internet

Vous devez obtenir notre accord préalable avant d'entreprendre toute action et/ou engager toute dépense.
Cet accord préalable est matérialisé par la communication d'un numéro de dossier qui vous permettra de bénéficier des garanties de la présente convention et de prétendre au remboursement des frais que vous auriez engagés. Lorsque nous avons organisé votre transport ou votre rapatriement, vous devez nous restituer les titres de transport initiaux, ceux-ci devenant notre propriété. Pour toute demande de remboursement vous devez nous adresser la déclaration de sinistre dûment remplie accompagnée des justificatifs relatifs à votre demande de remboursement.

REMBOURSEMENT DES FRAIS MÉDICAUX ?

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

- Une copie de votre visa Working Holiday ;
- RIB ;
- De la copie de votre passeport ;
- Le titre de transport justifiant le départ de votre pays de domicile et l'arrivée dans le pays de PVT
- Factures des soins originales détaillées avec preuve du paiement ;
- Prescriptions médicales ;
- Le questionnaire médical complété par le professionnel de santé tamponné, daté, signé (reçu lors de la souscription) ;
- et/ou le rapport médical de votre passage aux Urgences (Ne quittez pas l'établissement de santé sans ce document, après il vous sera plus difficile de l'obtenir) ;
- Rapport de police en cas d'accident ;

Pour les Frais médicaux < 1000 €, photographiez les factures et déclarez votre sinistre en ligne : www.chapkadirect.fr/sinistre

Ou via l'app Chapka

Pour les Frais médicaux > 1000 €, 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 pendant 2 ans, ils peuvent vous être demandés en cas de contrôle par l'assureur.

LES AUTRES GARANTIES DU CONTRAT (Bagages, RC, Individuelle Accident, Retard d'avion)

DÉCLARATION EN LIGNE (FOURNIR LES JUSTIFICATIFS INDIQUES DANS LA GARANTIE CONCERNEE)

- Munissez-vous de votre numéro d'adhésion ;
- Déclarez :
  - Dans les 2 jours en cas de vol,
  - Dans les 15 jours pour les autres garanties d'assurance.

Attention en cas de vol de bagages : l'Assuré doit obligatoirement déposer plainte auprès des autorités locales compétentes dans un délai de 24H 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

Ou via l'app Chapka

Conservez bien les originaux, ils peuvent vous être demandés pendant 2 ans.

Conseil aux voyageurs : *Si Vous dépendez du régime de la Sécurité Sociale, nous Vous conseillons de Vous munir de la Carte Européenne d'Assurance Maladie disponible auprès de votre centre de Sécurité Sociale, pour pouvoir bénéficier des prestations de la Sécurité Sociale lors d'un Voyage dans un pays de l'Union Européenne.*

TABLEAU DES GARANTIES

CAP WORKING HOLIDAY

FRAIS MÉDICAUX & HOSPITALISATION	PLAFONDS & FRANCHISES

Dépenses occasionnées par suite d'une maladie inopinée, d'une maternité, ou d'un accident uniquement et selon les conditions décrites sur la notice d'information (entente préalable, exclusions, limites, coût conforme aux pratiques locales et justifié...)

FRAIS D'HOSPITALISATION

Frais de séjour, honoraires, autres frais médicaux, transport en ambulance	Illimités Prise en charge au 1er euro, 100% des frais réels, sans franchise
Exclusif : Indemnité journalière versée à l'assurée	30 € par jour d'hospitalisation du 6e au 10e 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 (Il est précisé que cette garantie ne s'applique pas aux assurés bénéficiant d'un visa working holiday au Canada)	75% des frais réels et dans la limite de 7 500 € pour la durée de l'adhésion
Dans le pays de Domicile (sur la base du remboursement de la sécurité sociale)	Maxi 1 000 000 €

MÉDECINE DE VILLE HORS HOSPITALISATION (MALADIE INOPINÉE OU ACCIDENT)

Consultations médicales, visites médicales, auxiliaires médicaux (hors kinésithérapie), analyses médicales, actes techniques médicaux, imagerie médicale, médicaments (sauf vaccins, moyens de contraception)	Illimités Prise en charge au 1er euro, 100% des frais réels, sans franchise
Dans le pays de Domicile (sur la base du remboursement de la sécurité Sociale)	15 000 €
Kinésithérapie (sur prescription médicale)	75% des frais réels et 10 séances pour la durée de l'adhésion

FRAIS DENTAIRES D'URGENCE

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 € par an

OPTIQUE UNIQUEMENT EN CAS D'ACCIDENT CORPOREL UNIQUEMENT

Monture, verres, lentilles	100% des frais réel et de 200 € pour la durée de l'adhésion

ASSISTANCE 24H/24	PLAFONDS & FRANCHISES
ASSISTANCE AUX PERSONNES EN CAS DE MALADIE OU BLESSURE OU DÉCÈS *	
Transport / Rapatriement	Frais réels
Assistance Psychologique	3 entretiens par assuré
Téléconsultation médicale	2 téléconsultations par année d'assurance pour l'ensemble des assurés
Retour des bénéficiaires	Titre de transport retour
Visite d'un proche	Titre de transport A/R + Hébergement 50 € / nuit par personne Maximum : 10 nuits
Transport de corps en cas de décès	Frais réels
Frais de cercueil ou d'urne	Maximum 2 000 € par assuré
Prolongation de séjour sur place	Hébergement 50 € / nuit par assuré Maximum 10 nuits
ASSISTANCE AUX VOYAGEURS	
Prise en charge des honoraires d'avocat à l'étranger	Maximum 3 000 € par assuré
Retour anticipé en cas : · D'hospitalisation d'un membre de la famille · De décès d'un membre de la famille	Titre de transport A/R Maximum 10 000 € par assuré
REMBOURSEMENT DES FRAIS DE RECHERCHE ET DE SECOURS	
Frais de recherche et de secours y compris en mer et en montagne	Maximum par assuré : 5 000 € Maximum par événement : 25 000 €

GARANTIES D'ASSURANCE	PLAFONDS & FRANCHISES
BAGAGES ET EFFETS PERSONNELS	
Vol, destruction totale ou partielle, perte pendant l'acheminement par une entreprise de transport	Maximum 2 000 € par assuré Franchise 25 € par dossier
Dont objets précieux : limités à 50% du montant de la garantie	Plafond maximum 1 000 €
Indemnités pour retard de livraison des bagages > 24h (vol aller uniquement)	Maximum 150 € par assuré en complément des indemnités versées par le transporteur
Remboursement des frais de réfection des Documents de voyage	Maximum 150 € par assuré

** Les services de l'Assisteur doivent impérativement être contactés préalablement à l'organisation de toute assistance, sous peine de déchéance de la garantie.*

GARANTIES D'ASSURANCE	PLAFONDS & FRANCHISES
INDIVIDUELLE ACCIDENT DE VOYAGE	
Capital décès	Maximum 10 000 € / assuré
Capital Invalidité permanente Totale	Maximum 50 000 € / assuré
RESPONSABILITÉ CIVILE VIE PRIVÉE À L'ÉTRANGER	
Dommages corporels et dommages immatériels consécutifs à des dommages corporels garantis	4 000 000 € / événement
Dommages matériels et dommages immatériels consécutifs à des dommages matériels garantis	450 000 € / événement
Franchise	80 €
RESPONSABILITÉ CIVILE LOCATIVE À L'ÉTRANGER	
Plafond Global de Garantie	100 000 € / événement
Franchise	80 €
RETARD D'AVION	
Retard aérien entrainant une rupture de correspondance pour des raisons techniques ou atmosphériques (Retard de vol de plus de 4 heures pour un vol régulier / De plus de 6 heures pour les vols charters)	Maximum 300 € par assuré en complément des indemnités versées par le transporteur

CONDITIONS GÉNÉRALES

CAP WORKING HOLIDAY

CONTRAT N°0027921 10000 002

malakoff humanis COURTAGE

GARANTIE FRAIS MÉDICAUX 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 :

ACCIDENT

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

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 considéré comme Assuré :

- La personne physique, désignée par le Souscripteur, ayant son domicile dans l'Espace Économique Européen, dans les DROM, en Nouvelle-Calédonie et en Polynésie Française.

L'assuré est une personne physique majeure de 18 à 35 ans, se rendant à l'Étranger pour y exercer une activité professionnelle temporaire en bénéficiant d'un visa Programme Vacances Travail (Working Holiday) ou tout autre visa équivalent (bridging visa, visa subclass 417, 408 et 462 pour l'Australie, visa jeune professionnel ou Visa stage coop international) pour une durée maximum de 12 mois ou 24 mois pour les travailleurs bénéficiant d'un visa Programme Vacances Travail au Canada.

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

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**.

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.

CALCUL DE L'ÂGE

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

DEVISE DU CONTRAT

L'euro.

Les prestations prévues au contrat sont calculées à la date des soins sur la base du taux de change publié par la Banque de France à la dite date des soins.

Selon le cas, elles peuvent être payées en monnaie locale :

- À l'assuré, l'éventuel écart de change étant supporté par ce dernier ;
- À l'établissement ayant dispensé les soins, l'éventuel écart de change étant supporté par l'assureur.

La liste des monnaies possibles est disponible sur simple demande à l'assureur.

DOMICILE

Est considéré comme Domicile votre lieu principal et habituel d'habitation. Il est situé dans l'Espace Économique Européen, dans les DROM, en Nouvelle-Calédonie et en Polynésie Française.

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.

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.

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.

RÉGIME LOCAL DE SÉCURITÉ SOCIALE

Le régime de Sécurité sociale en vigueur dans le pays de séjour temporaire de l'assuré ou de Domicile de l'assuré.

SÉCURITÉ SOCIALE

Régime général français d'assurance maladie des travailleurs salariés.

SOINS PROGRAMMÉS

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

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 au 31-35 rue de la Fédération, 75717 Paris cedex 15.

VILLÉGIATURE

Séjour touristique en dehors du pays de séjour temporaire ne dépassant pas :

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

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

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 6e au 10e 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 7 500 € pour la durée de l'adhésion (Il est précisé que cette garantie ne s'applique pas aux assurés bénéficiant d'un visa Working Holiday au Canada)

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

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.

La garantie est souscrite en complément de celle dont bénéficie l'assuré auprès du régime local de Sécurité sociale ou au 1er euro lorsque l'assuré ne bénéficie pas de la couverture précitée.

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 raisonnable et habituellement pratiqué pour le traitement considéré dans le pays où ils sont dispensés ;**
- **Pratiqués de préférence en secteur public ou conventionné lorsque ces secteurs existent dans le pays de séjour temporaire ;**

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. **Il est rappelé que la garantie maternité ne s'applique pas aux assurés bénéficiant d'un visa working holiday au Canada.**

Si des circonstances imprévisibles et irrésistibles, étrangères à la personne de l'assuré, l'empêche 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, Optique), 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.

À 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 sur le 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.

À 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) accompagnées des prescriptions, des factures originales dûment acquittées et le cas échéant, 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), sauf si l'assureur a délivré une prise en charge.

Si l'assureur a délivré une prise en charge, l'établissement hospitalier effectue la demande 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 de votre visa ;
- De la copie de votre passeport ;
- D'un RIB ;
- Du titre de transport justifiant du départ du pays de domicile et de l'arrivée dans le pays de PVT ;
- Des factures des soins originales détaillées avec preuve du paiement ;
- Des prescriptions médicales ;
- Du questionnaire médical complété par le professionnel de santé tamponné, daté, signé (reçu lors de la souscription) ;
- Ou du rapport médical du passage aux Urgences;
- Du rapport de police en cas d'accident ;
- 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);
- Des résultats des examens médicaux.

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. MAINTIEN DES GARANTIES HORS DU PAYS DE SÉJOUR TEMPORAIRE

Tant que l'adhésion est en vigueur, les soins couverts par le présent contrat, pratiqués hors du pays de séjour temporaire déclaré à l'assureur sont pris en charge dans les conditions suivantes :

2.4.1. SOINS EFFECTUÉS HORS DU PAYS DE SÉJOUR TEMPORAIRE ET HORS DU PAYS DE DOMICILE

Les garanties sont maintenues dans les conditions du contrat **uniquement en cas de villégiature**.

2.4.2. SOINS EFFECTUÉS AU RETOUR DANS LE PAYS DE DOMICILE

2.4.2.1. EN CAS DE VILLÉGIATURE DANS LE PAYS DE DOMICILE

Les garanties sont maintenues dans les conditions mentionnées à l'article 2.4.2.3 (Montant des garanties maintenues) ci-après.

2.4.2.2. EN CAS DE RETOUR DÉFINITIF DANS LE PAYS DE DOMICILE

Les garanties sont maintenues à l'assuré de retour définitif dans son pays de Domicile avant la date de terme du séjour déclarée à l'assureur et reprise au certificat d'adhésion dans les conditions mentionnées à l'article 2.4.2.3 (Montant des garanties maintenues) ci-après.

Le maintien des garanties dure tant que l'assuré ne peut pas bénéficier des prestations en nature de la Sécurité sociale et au plus tard jusqu'au terme d'une période de **QUATRE VINGT DIX jours maximum décomptés à partir de sa date de retour définitif dans son pays de Domicile.**

Il cesse en tout état cause à la date de terme du séjour déclarée à l'assureur et reprise au certificat d'adhésion sauf en cas de rapatriement sanitaire dans le pays de Domicile.

2.4.2.3. MONTANT DES GARANTIES MAINTENUES

Les prestations versées par l'assureur sont égales à celles qu'aurait versée la Sécurité sociale si elle était intervenue dans la limite des frais réellement engagés et des plafonds suivants :

- **Hospitalisation de plus de 24 heures/accouchement : 1 000 000 € pour toute la durée de l'adhésion ;**
- **Autres soins (Hospitalisation de moins de 24 heures, Médecine de ville, Frais dentaires, Optique) : 15 000 € pour toute la durée de l'adhésion.**

L'assureur applique les dispositions prévues par le Code de la Sécurité sociale et relatives notamment au parcours de soins, aux participation forfaitaire et franchise dont les définitions sont rappelées ci-dessous :

PARCOURS DE SOINS

Passage par le médecin traitant choisi par l'assuré avant d'être orienté vers un autre médecin, sauf en cas d'urgence, d'éloignement du domicile ou lorsqu'un accès direct à un spécialiste est autorisé (ophtalmologue, gynécologue ainsi que, pour les patients âgés de moins de 26 ans, psychiatre et neuropsychiatre). Le parcours de soins concerne les patients à partir de 16 ans.

PARTICIPATION FORFAITAIRE (ARTICLE L.160-13 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 L.160-13 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.

2.5. ASSURANCES CUMULATIVES

La garantie est souscrite en complément de celle dont bénéficie l'assuré auprès du régime local de Sécurité sociale ou au 1er euro lorsque l'assuré ne bénéficie pas de la couverture précitée.

En tout état de cause, le cumul des remboursements payés par l'assureur, et le cas échéant, le régime local de 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 et 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 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 du pays de séjour temporaire déclaré à l'assureur, sauf application des dispositions de l'article 2.4 (Maintien des garanties hors du pays de séjour temporaire).
- 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).
- Effectué dans le but de subir des soins dans le pays de séjour temporaire.
- La garantie maternité pour les assures bénéficiant d'un visa working holiday au canada.

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 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 prénuptiaux.
- D'hôtellerie.
- De rapatriement de l'assuré, (pour cette garantie reportez vous aux Conditions Générales d'AXA).
- D'assistance quels qu'ils soient.
- Annexes ou non médicaux en cas d'hospitalisation tels que : téléphone, télévision, connexion internet, boissons.
- Les actes dermatologiques suivants :
  - L'acné,
  - Les allergies (hors première manifestation),
  - Les cors aux pieds ou oignons,
  - Les verrues,
  - L'eczéma.
- 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 À L'ARTICLE 2.4 (Maintien des garanties hors du pays de séjour temporaire).

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 INTERRUPTIONS VOLONTAIRES DE GROSSESSE.

LES CONSULTATIONS DE DIÉTÉTICIENS.

LES TESTS GÉNÉTIQUES.

LES BILANS DE SANTÉ.

LES GREFFES D'ORGANES.

LES MALADIES OU ACCIDENTS CONSÉCUTIFS À :

- 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 non représentée 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 cm^3.
- 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.
- Au 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 :

- D'affections psychiatriques, neuropsychiatriques ou psychologiques, de toute manifestation justifiant un traitement à visée neuropsychiatrique, et en particulier, la dépression nerveuse, l'anxiété, le stress, les troubles de la personnalité et/ou du comportement, la fibromyalgie, les troubles de l'alimentation, la fatigue chronique.
- D'affections rachidiennes, discales ou vertébrales, les lombalgies, les sciatiques, les lombosciatiques, les hernies : discales, pariétales, intervertébrale, crurale, scrotale, inguinale de ligne blanche, ombilicale, les dorsalgies, les cervicalgies et les sacro-coxalgies.
- D'une malformation congénitale.
- De la consommation de drogue non prescrite médicalement ou en dehors des doses prescrites médicalement.

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 au régime local de Sécurité sociale auquel, le cas échéant, l'assuré est tenu d'adhérer.

Il est régi par le code des assurances français 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 1er euro sont assurées par QUATREM sous les références suivantes :

CAP WORKING HOLIDAY
0027921 10000 002

- Pour les travailleurs temporaires bénéficiant d'un visa Programme Vacances Travail :

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 à l'étranger préalablement prévu pour 12 mois maximum en :

- Bénéficiant d'un visa Programme Vacances Travail (Working Holidays) ou tout autre visa équivalent (bridging visa, visa subclass 417, 408 et 462 pour l'Australie, visa jeune professionnel ou Visa stage coop international) ;

ET

- Ne relevant plus du régime général de la Sécurité sociale de son pays de Domicile au cours de ce séjour.

Dans tous les cas, il est précisé que le Pays de séjour temporaire de l'Assuré ne doit pas figurer sur la liste des juridictions à hauts risques (liste noire) établie et régulièrement mise à jour par le GAFI.

3.2.2. FORMALITÉS D'ADHÉSION AU CONTRAT

L'adhérent remplit une demande d'adhésion par laquelle il précise notamment, le type de visa qu'il détient (programme vacances travail ou tout autre visa équivalent : bridging visa, visa subclass 417, 408 et 462 pour l'Australie, visa jeune professionnel ou Visa stage coop international), le pays concerné et la date de début et de fin du séjour temporaire, le cas échéant, s'il bénéficie du régime local de Sécurité sociale 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, le pays du séjour temporaire et la durée de ce séjour, 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 fausse 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 change de pays de séjour temporaire déclarés lors de l'adhésion sauf en cas de villégiature conformément aux dispositions de l'article 2.4 (Maintien des garanties hors du pays de séjour temporaire) ;**
- **À la date de son retour définitif dans son pays de Domicile, sauf en cas d'application des dispositions prévues à l'article 2.4.2.2 (En cas de rapatriement sanitaire organisé par l'assureur ou l'assisteur). Les dispositions de cet article ne sont pas applicables en cas de remboursement de la portion de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru ;**
- **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 VINGT jours consécutifs en cas de maternité, étant précisé que cette garantie ne s'applique pas pour les assurés bénéficiant d'un visa working holiday au Canada ;**
- **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), lorsque l'assuré à l'étranger 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, sauf en cas d'application des dispositions prévues à l'article 2.4.2.2 (En cas de retour anticipé définitif dans le 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 : « I.- 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 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. 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 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'ASSURÉ

L'assuré s'oblige :

À L'ADHÉSION :

· À transmettre :

- Lla demande d'adhésion dûment complétée,
- Une photocopie de sa carte nationale d'identité, ou de son passeport,
- Une copie du visa working holiday ou tout autre visa équivalent (bridging visa, visa subclass 417, 408 et 462 pour l'Australie, visa jeune professionnel ou Visa stage coop international),
- Toute pièce que l'assureur jugerait nécessaire à l'adhésion.

· À satisfaire aux exigences ou recommandations officielles de vaccination et de traitement préventif du pays concerné ;

· 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 inexactes ou caduques les déclarations faites à l'assureur lors de l'adhésion, notamment le retour prématuré dans le pays de Domicile ou le changement de pays de séjour temporaire.

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 dans le pays de séjour temporaire, 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 ;

· Le cas échéant, la photocopie de l'attestation d'assurance maladie jointe à la carte vitale (en cas de soins au cours d'une villégiature dans le pays de Domicile) ;

· Le rapport de police s'il a été établi.

L'ASSUREUR NE PEUT SE TROUVER ENGAGE QUE PAR LES DÉCLARATIONS ET PIÈCES TRANSMISES PAR L'ASSURE, LE CAS ÉCHÉANT TRADUITES EN FRANÇAIS AUX FRAIS DE L'ASSURÉ 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 fausse 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 :

Pour les frais médicaux :

www.chapkadirect.fr/sinistre

ou via l'application Chapka

Pour les frais médicaux supérieurs à 1000 € :

AON FRANCE / CHAPKA ASSURANCES

31-35 rue de la Fédération
75717 Paris Cedex 15

Aon France/Chapka Assurances, 31-35 rue de la Fédération, 75717 Paris Cedex 15, agissant en tant que mandataire de l'assureur pour la gestion des prestations et des autres dispositions du présent contrat, joignable par courriel à l'adresse info@chapka.com ou par courrier postal à la même adresse.

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 75717 Paris cedex 15 ;
- 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 ainsi que Aon France dont le personnel est en charge des traitements relatifs à ces données, ainsi que les sous-traitants, les délégataires 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 et 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 75717 Paris cedex 15 ;
- 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**.

L'Assureur est tenu au respect de la réglementation relative à la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme. Cela se traduit pour l'Assureur par des obligations d'identification, de connaissance de ses clients et de vigilance pendant toute la durée de vie du contrat.

Pour ces raisons, l'Assureur peut être amené à recueillir des informations afin de vérifier l'identité de l'assuré et de justifier des opérations réalisées.

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 contrat, le Souscripteur et les Assurés peuvent contacter leur conseiller ou contact habituel.

La réclamation peut également être adressée au Pôle Réclamations de CHAPKA Assurances :

- Par courrier électronique adressé à : « **reclamation@chapka.com** » ;
- Ou à l'adresse suivante :

CHAPKA ASSURANCES
31-35 rue de la Fédération
75717 Paris Cedex 15

Le service réclamation accusera réception de la réclamation dans les 10 jours ouvrables suivant la date d'envoi de la réclamation écrite (sauf si la réponse à la réclamation est apportée dans ce délai) et, en tout état de cause, apportera une réponse à la réclamation dans un délai de deux mois à compter de l'envoi de la première réclamation écrite.

Lorsqu'aucune solution à un litige n'a pu être trouvée ou lorsque l'Assureur n'a pas répondu dans le délai de 2 mois à compter de l'envoi de la première réclamation écrite, le Souscripteur et les Assurés peuvent s'adresser au Médiateur de l'Assurance en remplissant le formulaire accessible depuis le site **https://www.mediation-assurance.org**, ou à l'adresse suivante : La Médiation de l'Assurance, TSA 50110, 75441 Paris Cedex 09, France dans un délai maximal d'un an à compter de l'envoi de la réclamation écrite à l'Assureur et sans préjudice du droit d'agir en justice.

Le litige ne peut être examiné par le Médiateur de l'Assurance dans les cas prévus à l'article L612-2 du Code de la consommation français. Le Médiateur de l'assurance exerce sa mission en toute indépendance.

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, de la durée et, le cas échéant du lieu de 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. **Dans ce cas, les dispositions de l'article 2.4.2.2 (En cas de retour anticipé dans le pays de Domicile) ne s'appliquent pas.**

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, Aon France/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.

TABLEAU DES GARANTIES

CAP WORKING HOLIDAY

CONTRAT N°22 43 712

GARANTIES	MONTANTS ET PLAFONDS
BAGAGES ET EFFETS PERSONNELS	
Vol, destruction totale ou partielle, perte pendant l'acheminement par une entreprise de transport	Maximum 2 000 € par assuré Franchise 25 € par dossier
Dont objets précieux : limités à 50% du montant de la garantie	Plafond maximum 1 000 €
Indemnités pour retard de livraison des bagages > 24h (vol aller uniquement)	Maximum 150 € par assuré
Remboursement des frais de réfection des Documents de voyage	Maximum 150 € par assuré
ASSISTANCE AUX PERSONNES EN CAS DE MALADIE OU BLESSURE OU DÉCÈS*	
Transport / Rapatriement	Frais réels
Assistance Psychologique	3 entretiens par assuré
Téléconsultation médicale	2 téléconsultations par année d'assurance pour l'ensemble des assurés
Retour des bénéficiaires	Titre de transport retour
Visite d'un proche	Titre de transport A/R + Hébergement 50 € / nuit par personne Maximum : 10 nuits
Transport de corps en cas de décès	Frais réels
Frais de cercueil ou d'urne	Maximum 2 000 € par assuré
Prolongation de séjour sur place	Hébergement 50 € / nuit par assuré Maximum 10 nuits
ASSISTANCE AUX VOYAGEURS	
Prise en charge des honoraires d'avocat à l'étranger	Maximum 3 000 € par assuré
Retour anticipé en cas : · D'hospitalisation d'un membre de la famille · De décès d'un membre de la famille	Titre de transport A/R Maximum 10 000 € par assuré

** Les services de l'Assisteur doivent impérativement être contactés préalablement à l'organisation de toute assistance, sous peine de déchéance de la garantie.*

GARANTIES	MONTANTS ET PLAFONDS
REMBOURSEMENT DES FRAIS DE RECHERCHE ET DE SECOURS	
Frais de recherche et de secours y compris en mer et en montagne	Maximum par assuré : 5 000 € Maximum par événement : 25 000 €
RESPONSABILITÉ CIVILE VIE PRIVÉE À L'ÉTRANGER	
Dommages corporels et dommages immatériels consécutifs à des dommages corporels garantis	4 000 000 € / événement
Dommages matériels et dommages immatériels consécutifs à des dommages matériels garantis	450 000 € / événement
Franchise	80 €
RESPONSABILITÉ CIVILE LOCATIVE À L'ÉTRANGER	
Plafond Global de Garantie	100 000 € / événement
Franchise	80 €
INDIVIDUELLE ACCIDENT DE VOYAGE	
Capital décès	Maximum 10 000 € / assuré
Capital Invalidité permanente Totale	Maximum 50 000 € / assuré
RETARD D'AVION	
Retard aérien entrainant une rupture de correspondance pour des raisons techniques ou atmosphériques (Retard de vol de plus de 4 heures pour un vol régulier / De plus de 6 heures pour les vols charters)	Maximum 300 € par assuré en complément des indemnités versées par le transporteur

Engagement maximum par contrat et par évènement : si plusieurs Assurés sont indemnisés dans le cadre d'un même évènement, le montant total des prestations servies par AXA ne pourra pas dépasser 15.000.000 € TTC par évènement toutes prestations et tous Assurés confondus. Si le montant total des prestations excède ce plafond global, les prestations seront servies aux Assurés dans la limite de ce plafond, chaque Assuré étant alors indemnisé à due proportion de la part que représente son sinistre sur le montant total des sinistres subis du fait de cet évènement par les autres Assurés de ce contrat.

CONDITIONS GÉNÉRALES

CAP WORKING HOLIDAY

CONTRAT N°22 43 712

PRÉAMBULE

À QUOI CORRESPOND VOTRE CONTRAT ?

Votre contrat CAP Working Holiday est un contrat d'assurance régi par le Code des assurances français. Comme tout contrat d'assurance, celui-ci comporte des droits et obligations réciproques. Ces droits et obligations sont exposés dans les pages qui suivent.

DE QUOI EST COMPOSÉ VOTRE CONTRAT ?

Votre Contrat CAP Working Holiday est composé :

- Des présentes Conditions générales qui détaillent les garanties, leurs conditions de mise en œuvre et leurs limites, ainsi que le fonctionnement du Contrat ;
- De votre certificat d'adhésion, qui personnalise votre Contrat CAP Working Holiday avec les informations personnelles que vous avez communiquées au moment de la souscription.

QUI SONT LES ACTEURS DE VOTRE CONTRAT ?

Votre Contrat est assuré par **Inter Partner Assistance SA**, directement et par l'intermédiaire de ses succursales (et de toute société du Groupe AXA désignée par IPA), fournira les prestations d'assistance et/ou d'assurance mentionnés dans la présente police. Inter Partner Assistance SA est une société anonyme de droit belge au capital de 180 702 613 euros, soumise au contrôle prudentiel de la Banque Nationale de Belgique située Boulevard de Berlaimont 14 - 1000 Bruxelles - Belgique, sous le numéro 0487, ayant son siège social au 7 Boulevard du Régent, 1000 Bruxelles, et inscrite au Registre des Personnes Morales de Bruxelles sous le numéro d'entreprise 0415.591.055.

Il est distribué par **AON France** agissant sous le nom commercial « Chapka Assurances », société par actions simplifiée au capital de 46 027 140 euros immatriculée au Registre du commerce et des sociétés de Paris sous le numéro 414 572 248 et au Registre des intermédiaires en assurance (www.orias.fr) sous le numéro 07 001 560 et dont le siège social est situé 31-35 rue de la Fédération, 75717 Paris Cedex 15.

FACULTÉ DE RENONCIATION

SOUSCRIPTION À DISTANCE D'UNE DURÉE SUPÉRIEURE À UN MOIS

En application de l'article L112-2-1 du Code des assurances, en cas de vente à distance, vous disposez d'un délai de quatorze jours calendaires révolus pour renoncer à votre souscription, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités si votre adhésion est souscrite pour une durée supérieure à un (1) mois et à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de votre activité commerciale ou professionnelle.

Dans ce cas, le délai pour exercer votre faculté de renonciation court à compter de la date de réception du certificat d'adhésion et des présentes conditions générales, lesquels sont présumés reçus deux (2) jours ouvrés après votre date de souscription au contrat.

PLURALITÉ D'ASSURANCE

Vous bénéficiez d'un droit de renonciation à ce contrat pendant un délai de trente jours (calendaires) à compter de sa conclusion, sans frais ni pénalités. Toutefois, si vous bénéficiez d'une ou de plusieurs primes d'assurance qui vous sont offertes, de telle sorte que vous n'avez pas à payer une prime sur un ou plusieurs mois au début d'exécution du contrat, ce délai ne court qu'à compter du paiement de tout ou partie de la première prime. « L'exercice du droit de renonciation est subordonné aux quatre conditions suivantes :

- 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 ;
- 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'adresse suivante :

MODÈLE DE COURRIER DE RENONCIATION

Le courrier de renonciation dont un modèle vous est proposé ci-après au titre de l'exercice de ce droit doit être adressé par lettre ou tout autre support durable à Chapka – 31-35 rue de la Fédération 75717 Paris Cedex 15 : « Je soussigné M..... demeurant ..... renonce à mon contrat n° souscrit auprès d'AXA. J'atteste n'avoir connaissance à la date d'envoi de cette lettre, d'aucun sinistre mettant en jeu une garantie du contrat. »

CONSÉQUENCES DE LA RENONCIATION

L'exercice du droit de renonciation dans le délai prévu ci-dessus entraîne la résiliation du contrat à compter de la date de réception de la lettre ou tout autre support durable. Dès lors que vous avez connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat, vous ne pouvez plus exercer ce droit de renonciation. En cas de renonciation, vous n'êtes tenu qu'au paiement de la partie de prime ou de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque à couru, cette période étant calculée jusqu'à la date de la résiliation. Toutefois, l'intégralité de la prime ou de la cotisation reste due à l'entreprise d'assurances si vous exercez votre droit de renonciation alors qu'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat et dont vous n'avez pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.

QUELLE EST LA COUVERTURE GÉOGRAPHIQUE DU CONTRAT ?

Les garanties sont accordées dans le monde entier à l'exception :

- **Des voyages dans tout pays ou toute zone pour lequel/laquelle le Ministère des Affaires Étrangères, ou l'autorité réglementaire équivalente d'un pays depuis ou vers lequel vous voyagez ont déconseillé tout voyage ou tout voyage non essentiel ;**
- **Des garanties d'assurances « Individuelle accident de voyage » et « Responsabilité civile » qui ne couvrent pas les accidents survenus en Afghanistan, Biélorussie, Corée du Nord, Crimée, Cuba, Régions du Donetsk, Louhansk en Ukraine, Myanmar, Iran, Russie, Sébastopol, Syrie, Venezuela ;**
- **Des pays faisant l'objet d'une sanction internationale ou d'un embargo.**

DURÉE DU CONTRAT ET PRISE D'EFFET DES GARANTIES

Les garanties du présent Contrat s'appliquent uniquement pour les Voyages à l'étranger d'une durée maximale de 12 mois (ou 24 mois consécutifs pour les travailleurs bénéficiant d'un visa Programme Vacances Travail au Canada).

Dans le cas d'un visa Programme Vacances Travail, les garanties s'appliquent pour la durée du visa. A l'expiration de ce dernier, et en cas de renouvellement, sans période d'interruption entre la période initiale et la période prorogée du visa, le contrat peut être prorogé pour la durée du visa, sans pouvoir excéder une durée totale (contrat initial compris) de 24 mois consécutifs maximum, aux conditions du contrat initial, sous réserve de l'encaissement de la prime correspondante à cette prorogation.

Toute période de Voyage au-delà des 24 mois ne sera pas couverte.

Lorsque la date d'effet de l'adhésion est postérieure à la date de début du séjour temporaire un délai de carence de DOUZE jours consécutifs s'applique.

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.

Sous réserve de l'encaissement effectif de la prime, les garanties prennent effet selon les règles suivantes :

LES GARANTIES D'ASSISTANCE

Elles prennent effet à la date de départ et cessent automatiquement leurs effets à la date de retour indiquées sur le certificat d'adhésion sauf en cas de retard du transporteur et en cas de stipulation contractuelle contraire expresse.

En cas d'utilisation d'un moyen de transport individuel pour permettre à l'Assuré de se rendre jusqu'à son lieu de séjour puis de retourner jusqu'à son Domicile, les garanties d'assistance prennent effet à la date de début du séjour et, au plus tôt, 48 heures avant cette date. Elles cessent automatiquement leurs effets à la date de fin de séjour et, au plus tard, 48 heures après cette date.

LES GARANTIES D'ASSURANCE

Les garanties d'assurance, « Frais de recherche et de secours », « Bagages et effets personnels », « Retard d'avion », « Individuelle accident de voyage », « Responsabilité civile vie privée à l'Étranger » et « Responsabilité civile locative à l'Étranger » prennent effet à la date de départ ou de début de votre séjour et cessent automatiquement leurs effets à la date de retour ou de fin du séjour indiquées sur le certificat d'adhésion.

Les dates de départ (00h00) et de retour (24h00) de Voyage sont celles indiquées sur le certificat d'adhésion.

Le départ correspond à l'instant où l'assuré(e) quitte initialement son pays de domicile.

COMMENT EST CALCULÉE VOTRE INDEMNITÉ ?

Si l'indemnité ne peut être déterminée de gré à gré, elle est évaluée par la voie d'une expertise amiable, 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 troisième et tous trois opèrent en commun et à la majorité des voix.

Faute par l'un de nous de nommer un expert ou par les deux experts de s'entendre sur le choix d'un troisième, la nomination est faite par le président du tribunal de grande instance, statuant en référé. Chacun des cocontractants prend à sa charge les frais et honoraires de son expert, et le cas échéant, la moitié de ceux du troisième.

DANS QUEL DÉLAI SEREZ-VOUS INDEMNISÉ ?

Le règlement intervient dans un délai de 15 (quinze) jours à partir de l'accord qui intervient entre nous ou de la notification de la décision judiciaire exécutoire.

PAIEMENT DE LA PRIME

DÉBITEUR DE LA PRIME

Le Souscripteur, tel que défini sur le certificat d'adhésion, s'engage à payer la prime d'assurance afférente aux garanties du Contrat.

PAIEMENT DE LA PRIME

La prime d'assurance dont le montant est précisé sur le certificat d'adhésion, est réglée lors de la souscription du présent contrat. **La prise d'effet des garanties est subordonnée à l'encaissement effectif de la prime.**

DÉFAUT DE PAIEMENT

En cas de défaut de paiement de la prime ou d'une fraction de la prime dans les dix (10) jours calendaires qui suivent son échéance, une relance sera envoyée au Souscripteur par lettre recommandée. Si dans les trente (30) jours calendaires qui suivent son envoi, la(les) prime(s) ou la(les) fraction(s) de prime due n'est toujours pas payée, les garanties seront suspendues et si la prime n'est toujours pas réglée dans les dix (10) jours calendaires qui suivent la date de suspension des garanties, AXA pourra résilier le Contrat.

ARTICLE 1 : DÉFINITIONS

ACCIDENT / ACCIDENT CORPOREL

Toute atteinte à l'intégrité physique, non intentionnelle et provenant de l'action, soudaine et imprévisible d'une cause extérieure à l'assuré et constatée par un médecin local. Il est précisé que la survenance brutale d'une maladie (accident vasculaire cérébral, accident cardiaque, rupture d'anévrisme, épilepsie, hémorragie cérébrale, etc.) ne peut être assimilée à un accident.

AGRESSION

Tout acte de violence commis par un Tiers sur la personne de l'assuré et/ou toute contrainte exercée volontairement par un Tiers en vue de déposséder l'assuré.

ALÉA

Événement non intentionnel, imprévisible, irrésistible et extérieur.

ANNEE D'ASSURANCE

Une année suivant la date d 'effet de la couverture initiale

ASSURÉS / ADHÉRENTS / VOUS

Est considéré comme Assuré la personne physique, expressément mentionné(e) en tant qu'Assuré(e) dans le contrat d'assurance et pour laquelle une cotisation d'assurance a été versée, ayant son domicile en France ou dans un autre pays de l'Union Européenne. L'Assuré est une personne physique majeure, se rendant à l'Étranger pour y exercer une activité professionnelle temporaire en bénéficiant d'un visa Programme Vacances Travail (Working Holiday) ou tout autre visa équivalent (bridging visa, visa subclass 417, 408 et 462 pour l'Australie, visa jeune professionnel ou Visa stage coop international) pour une durée maximum de 12 mois ou 24 mois consécutifs pour les travailleurs bénéficiant d'un visa Programme Vacances Travail au Canada.

En cas de renouvellement d'un visa Programme Vacances Travail ou tout autre visa équivalent, sans période d'interruption entre la période initiale et la période prorogée du visa, le contrat peut être prorogé pour la durée du visa, sans pouvoir excéder une durée totale (contrat initial compris) de 24 mois consécutifs à compter du départ initial du pays de domicile.

ASSUREUR / ASSISTEUR / NOUS

INTER PARTNER ASSISTANCE, société anonyme de droit belge au capital de 180 702 613 euros, entreprise d'assurance agréée par la Banque Nationale de Belgique (BNB) sous le numéro 0487, immatriculée au Registre des Personnes Morales de Bruxelles sous le numéro 415 591 055 dont le siège social est situé 7 boulevard du Régent, 1000 Brussels – Belgique.

Inter Partner Assistance, société du Groupe AXA, intervient dans le cadre du contrat sous la dénomination « AXA ».

ATTEINTE CORPORELLE GRAVE

Accident corporel ou maladie à caractère imprévisible dont la nature risque d'engendrer, à brève échéance, une aggravation importante de l'état de santé de la victime si des soins adéquats ne lui sont pas prodigués rapidement.

ATTENTAT / ACTES DE TERRORISME

Tout acte de violence, constituant une attaque criminelle ou illégale, intervenu contre des personnes et/ou des biens, dans le pays dans lequel vous séjournez, ayant pour but de troubler gravement l'ordre public.

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.

BAGAGES : BIENS GARANTIS

Les sacs de voyage, les valises, les malles et leur contenu, à l'exclusion des effets vestimentaires que l'Assuré(e) porte sur lui.

Les objets précieux tels que définis ci-dessous, sont assimilés aux bagages :

- Bijoux, montres et fourrures portées, ainsi que pour tout appareil de reproduction du son et/ou de l'image et ses accessoires, clubs de golf, fusils de chasse, ordinateurs portables, tablettes, liseuses et lecteurs MP3/MP4.

BÉNÉFICIAIRE

La ou les personnes recevant de l'Assureur les sommes dues au titre des Sinistres.

Le terme de 'Bénéficiaire' désigne l'Assuré(e) ayant subi une perte ou un dommage, ou son représentant légal dans le cas des Assuré(e)s mineurs.

En cas de décès de l'Assuré(e), sauf si ce dernier/cette dernière a désigné une autre personne pour Bénéficiaire, la somme prévue est versée :

- À son Conjoint/Partenaire, non séparé de corps ni divorcé à la date du décès ;
- À ses enfants/descendants à parts égales ; la part du décédé revient à ses enfants/descendants, ou à ses frères et sœurs s'il n'a pas d'enfant/descendant ;
- À défaut, à ses père et mère à parts égales, ou au dernier vivant, en cas de décès ;
- À défaut, à ses héritiers.

CATASTROPHES NATURELLES

On entend par Catastrophe naturelle un phénomène tel que tremblement de terre, une éruption volcanique, un raz de marée, une inondation ou un cataclysme naturel ayant eu pour cause l'intensité anormale d'un agent naturel et reconnu comme tel par les pouvoirs publics.

CONFIRMATION DE VOL

Formalité permettant de valider l'achat du billet et de maintenir la réservation des places.

Les modalités sont définies au niveau des conditions de vente de l'organisateur de Voyage.

CONJOINT

On entend par Conjoint :

- Une personne unie à l'Assuré(e) par les liens du mariage et non séparée de corps ;
- Concubin : personne ayant vécu maritalement avec l'Assuré(e) et dans la même communauté d'intérêts ;
- Qu'un couple marié pendant au moins six mois ;
- Une personne ayant signé avec l'Assuré(e) un Pacte civil de solidarité [PACS] (Loi introduite en France en 1999, étendant les droits légaux des couples mariés aux couples non mariés, hétérosexuels et homosexuels, en particulier en matière d'héritage et d'impôt).

DÉCHÉANCE

Perte du droit à la Garantie pour le Sinistre en cause.

DOCUMENTS DE VOYAGE

Tout document d'identité émis par un gouvernement ou une organisation créée par un traité international visant à faciliter le déplacement des personnes ou des groupes de personnes au-delà des frontières internationales dans le respect des accords internationaux. C'est à dire : passeport, carte d'identité et/ou laissez-passer.

DOMICILE

Lieu de résidence principale et habituelle de l'Assuré. Il est situé dans un pays de l'Union Européenne : Allemagne, Autriche, Belgique, Bulgarie, Chypre, Croatie, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, France, Grèce, Hongrie, Irlande, Italie, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Malte, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République Tchèque, Roumanie, Slovaquie, Slovénie, Suède.

ENTREPRISE DE TRANSPORT

Toute société dûment agréée par les autorités publiques pour le transport de passagers.

ÉPIDÉMIE

Propagation rapide d'une Maladie infectieuse et contagieuse touchant un grand nombre de personnes en un lieu et un moment donné, atteignant au minimum le niveau 5 selon les critères de l'OMS.

ÉTABLISSEMENT HOSPITALIER

Est considéré comme Établissement Hospitalier tout établissement, public ou privé, conforme aux exigences légales du pays où il est situé et qui :

- Reçoit et soigne les blessés ou les malades qui y séjournent ;
- N'admet les patients blessés ou malades que sous la supervision du ou des médecins qui y exercent et y assurent obligatoirement une permanence ;
- Maintient en bon état de marche un équipement médical adéquat, permettant de diagnostiquer et traiter les patients blessés ou malades et, si nécessaire, de pratiquer des opérations chirurgicales sur place ou dans un établissement placé sous son contrôle ;
- Dispense les soins par ou sous le contrôle d'un personnel infirmier.

ÉTRANGER

Tout pays en dehors du pays de Domicile de l'Assuré(e), dans le monde entier ou dans les limites de la territorialité garantie par la Police.

EXCLUSION

Tout ce qui n'est expressément jamais garanti par le Contrat d'assurance.

FAIT DOMMAGEABLE

Un Fait Dommageable est l'événement qui constitue la cause génératrice du dommage. Un ensemble de faits dommageables ayant la même cause technique est assimilé à un fait dommageable unique. Un ensemble de Faits Dommageables, ayant la même cause technique, est assimilé à un Fait Dommageable unique.

FAMILLE

Une Famille est la partie d'un ménage qui comprend au moins deux personnes et est constituée :

- Soit d'un couple, marié ou non, avec, éventuellement, un ou plusieurs enfant(s) appartenant au même ménage ;
- Soit d'un adulte avec un ou plusieurs enfant(s) appartenant au même ménage (Famille monoparentale).

Pour qu'une personne soit enfant d'une Famille, il/elle doit être célibataire et n'avoir ni Conjoint/Partenaire ni enfant faisant partie du même ménage. Un ménage peut comprendre zéro, une ou plusieurs Familles.

FORCE MAJEURE

Événement échappant au contrôle du débiteur, qui ne pouvait être raisonnablement prévu lors de la conclusion du Contrat et dont les effets ne peuvent être évités par des mesures appropriées, qui empêche l'exécution de son obligation par le débiteur.

FRANCE

Territoire européen de la France (comprenant les îles situées dans l'Océan Atlantique, la Manche et la Mer Méditerranée) ainsi que les collectivités territoriales suivantes : la Guadeloupe, la Guyane française, la Martinique, la Réunion, Mayotte, la Polynésie française, Saint-Barthélemy, la Nouvelle-Calédonie.

FRANCHISE

Part des Dommages restant définitivement à la charge de l'Assuré en cas d'indemnisation survenant à la suite d'un sinistre. La franchise peut être exprimée en jour, en heure, en pourcentage ou sous la forme d'une somme forfaitaire.

GESTIONNAIRE SINISTRES ASSISTANCE

AXA, dénomination utilisée par INTER PARTNER ASSISTANCE, société anonyme de droit belge au capital de 180 702 613 euros, entreprise d'assurance non-vie agrée par la Banque Nationale de Belgique (0487), immatriculée au Registre des Personnes Morales de Bruxelles sous le numéro 415 591 055, dont le siège social est situé 7 boulevard du Régent, 1000 Brussels - Belgique.

GESTIONNAIRE SINISTRES ASSURANCES

AON FRANCE / CHAPKA ASSURANCES
Service Sinistres

31-35 rue de la Fédération
75717 Paris Cedex 15

http://www.chapkadirect.fr/sinistre

Téléphone : +33 1 74 85 50 50

GRÈVE

Action collective consistant en une cessation concertée du travail par les salariés d'une entreprise, d'un secteur économique, d'une catégorie professionnelle visant à appuyer les revendications.

GUERRE CIVILE

On entend par Guerre Civile le conflit opposant deux factions d'une même nation ou opposant une partie de la population au pouvoir en place.

HEURE D'ARRIVÉE INITIALEMENT PRÉVUE

Pour les vols CHARTER aller : l'heure indiquée sur le billet d'avion aller.

Pour les vols CHARTER retour : l'heure qui vous est communiquée par l'agence de voyages.

Pour les vols réguliers : l'heure fixée par la compagnie aérienne.

HOSPITALISATION

Séjour imprévu de l'assuré, d'une durée supérieure à 24h, dans un établissement de soins privé ou public, prescrit médicalement, pour un traitement médical ou chirurgical à la suite d'un Accident corporel ou d'une Maladie. Le séjour est considéré comme imprévu lorsqu'il n'a pas été programmé plus de cinq (5) jours avant le début de l'Hospitalisation. Entrent dans la présente définition : l'hospitalisation de jour et l'hospitalisation à domicile lorsqu'elles sont médicalement justifiées.

INCENDIE

Combustion avec flamme en dehors d'un foyer normal.

MALADIE / ACCIDENT

Une altération de la santé constatée par une autorité médicale, nécessitant des soins médicaux et la cessation absolue de toute activité professionnelle ou autre (y compris COVID-19).

MALADIE GRAVE

Altération soudaine et imprévisible de la santé constatée par une autorité médicale compétente entraînant la délivrance d'une ordonnance de prise de médicaments au profit du malade et impliquant la cessation de toute activité professionnelle ou autre.

MEMBRE DE LA FAMILLE

Votre conjoint, concubin ou toute personne qui vous est liée par un Pacs, vos ascendants ou descendants ou ceux de votre conjoint, vos beaux-pères, belles-mères, frères, sœurs, beaux-frères, belles-sœurs, gendres, belles-filles, oncles, tantes, neveux, nièces ou ceux de votre conjoint. Ils doivent être domiciliés dans le même pays que vous.

OBJETS PERSONNELS

Appareil photos, caméscope, PDA, console de jeux portable, lecteur multimédia, ordinateur portable. Seuls seront garantis les objets personnels dont la date d'achat est inférieure à 3 ans.

PANDÉMIE

Propagation rapide d'une Maladie infectieuse et contagieuse touchant un grand nombre de personnes en un lieu et un moment donné, atteignant au minimum le niveau 5 selon les critères de l'OMS.

PRONOSTIC VITAL ENGAGE

Terme désignant l'état critique d'une personne présentant un risque élevé de décès à court terme (Patient en réanimation, soins palliatifs...)

RETARD D'AVION

Décalage entre l'heure d'arrivée annoncée sur le billet de l'Assuré ou sur son certificat d'adhésion et l'heure effective à laquelle l'avion arrive à l'aéroport de destination, intervenant en dehors des possibilités de modification des horaires dont dispose le voyagiste ou la compagnie aérienne, selon les conditions générales de vente.

SÉJOUR

On entend par Séjour, tout séjour de l'Assuré à l'Étranger d'une durée maximale de 12 mois (ou 24 mois consécutifs pour les travailleurs bénéficiant d'un visa Programme Vacances Travail au Canada) ayant pour objectif l'exercice d'une activité professionnelle temporaire en bénéficiant d'un visa Programme Vacances Travail (Working Holiday) ou tout autre visa équivalent (bridging visa, visa subclass 417, 408 et 462 pour l'Australie, visa jeune professionnel ou Visa stage coop international).

Les dates et la destination du Séjour figurent sur le certificat d'adhésion.

En cas de renouvellement d'un visa Programme Vacances Travail ou tout autre visa équivalent, sans période d'interruption entre la période initiale et la période prorogée du visa, le contrat peut être prorogé pour la durée du visa, sans pouvoir excéder une durée totale (contrat initial compris) de 24 mois consécutifs maximum.

N'est pas couvert, tout voyage dans un pays, une zone spécifique ou un évènement pour lequel le Ministère des Affaires Etrangères ou l'autorité de régulation du pays de départ ou d'arrivée a déconseillé tout voyage ou tout voyage autre qu'essentiel.

SINISTRE

Événement susceptible d'entraîner l'application d'une garantie au contrat.

SOUSCRIPTEUR

Le preneur d'assurance, personne physique qui souscrit le contrat d'assurance et s'engage à payer la prime.

SPORTS ET ACTIVITÉS

Vous êtes couvert lorsque vous participez aux activités suivantes. Les sports et activités marqués d'un astérisque (*) sont exclus des garanties RESPONSABILITÉ CIVILE et INDIVIDUELLE ACCIDENT DE VOYAGE.

Les sports et activités sont exclus si votre participation à ceux-ci constitue la seule ou principale raison de votre voyage (à l'exception des voyages effectués pour le golf et les sports d'hiver).

*Descente en rappel, *Tir à l'arc, Badminton, Baseball, Basket-ball, Bowling, Équitation à dos de chameau, *Canoë (jusqu'à la classe 3), *Tir au pigeon d'argile, Cricket, *Ski de fond, *Promenade en éléphant, *Course d'obstacles, *Escrime, Pêche, Football, *Ski sur glacier, *Go-Karting, Golf, Hockey, *Équitation, *Randonnée à cheval, *Vol en montgolfière, Patinage sur glace (sur des patinoires reconnues), *Vélo à réaction, *Ski à réaction, Kitesurf, Monoski, *Vélo de montagne sur piste goudronnée, Netball, Course d'orientation, *Paintball, Randonnée en poney, Racquetball, Cyclisme sur route, Patinage à roulettes, Rounders, Course à pied, Voile (dans un rayon de 20 milles nautiques des côtes), *Voile (au-delà de 20 milles marins des côtes), Plongée sous-marine (jusqu'à la profondeur de votre qualification), *Ski de randonnée, Skidoo/mobilité sur neige, Ski (sur piste ou hors-piste avec un guide), *Snowblading, Snowboard (sur piste ou hors-piste avec un guide), Raquettes à neige, Squash, Surf, Tennis de table, Tennis, *Tobogganing, Trampoline, Trekking (jusqu'à 4000 mètres sans utilisation d'équipement d'escalade), Volley-ball, *Jeux de guerre, Water-polo, Ski nautique, Planche à voile, Yachting (dans un rayon de 20 milles nautiques des côtes), *Yachting (à l'extérieur de 20 milles nautiques des côtes), Zorbing.

Plongée sous-marine - vous n'êtes couvert pour la plongée sous-marine que jusqu'à la profondeur pour laquelle vous avez obtenu votre qualification dans la limite de 40 mètres. Vous devez détenir la qualification appropriée pour votre plongée et plonger sous la direction d'un responsable, d'un instructeur ou d'un guide de plongée accrédité et conformément aux directives de l'agence ou de l'organisation de plongée ou de formation concernée.

Remarque : Vous n'êtes pas couvert lorsque vous participez à un entraînement ou un cours de qualification.

SUBROGATION

La situation juridique par laquelle une personne se voit transférer les droits d'une autre personne (notamment : substitution de l'Assureur au Souscripteur aux fins de poursuites contre la partie adverse).

TÉLÉCONSULTATION

Consultation médicale par téléphone (en anglais, français, italien, espagnol, allemand) ou par visio (en anglais, français uniquement) fournie par un prestataire spécialisé et son équipe de Médecins.

TIERS

Toute personne autre que l'Assuré au contrat à l'exclusion de :

- Membres de la famille de l'Assuré(e) qui l'accompagnent ;
- Toute personne voyageant avec l'Assuré(e), figurant sur la même réservation et/ou présentant les mêmes dates de séjour garanti.

TRAJET

Itinéraire parcouru jusqu'au lieu de destination indiqué sur le billet de l'Assuré ou sur son certificat d'adhésion quel que soit le nombre de vols empruntés, seul le trajet aller est pris en compte.

USURE (VÉTUSTÉ)

Dépréciation de la valeur d'un bien causée par le temps, l'usage ou ses conditions d'entretien au jour du sinistre. Sauf stipulation contraire au contrat, la vétusté appliquée pour le calcul de l'indemnité due est de 1% par mois plafonnée à de 80% du prix initial d'achat.

VILLÉGIATURE

Séjour touristique en dehors du pays de séjour temporaire, effectué pendant la période de validité du Contrat, ne dépassant pas :

- Quatre Vingt Dix (90) premiers jours consécutifs en cas de villégiature hors du pays de Domicile ;
- Trente (30) premiers jours consécutifs en cas de villégiature dans le pays de Domicile.
- Trente (30) premiers jours consécutifs précédant ou suivant immédiatement le Séjour garanti est couvert, sous réserve du paiement de la prime correspondante.

VOL NON RÉGULIER DE TYPE CHARTER

Vol affrété par une organisation de tourisme dans le cadre d'un service non régulier.

VOL RÉGULIER

Vol programmé effectué par un avion commercial, dont les horaires précis et les fréquences sont conformes à ceux publiés dans l'Official Airlines Guide.

VOYAGE

Période de déplacement à l'étranger, d'une durée maximale de vingt-quatre (24) mois consécutifs à compter du premier départ du Pays de domicile et dont les dates et la destination figure sur le bulletin d'inscription .

À défaut d'un retour dans le Pays de domicile d'une durée supérieure à celle prévue dans la définition « Villégiature », tout nouveau départ du Pays de domicile est considéré comme la poursuite du même Voyage et non comme un nouveau Voyage.

LES GARANTIES D'ASSURANCE ET D'ASSISTANCE

ARTICLE 2 : BAGAGES ET EFFETS PERSONNELS

QUE GARANTISSONS-NOUS ?

Nous garantissons, à concurrence du montant **indiqué au tableau des montants de garanties**, vos bagages, objets et effets personnels emportés avec vous ou achetés au cours de votre Voyage, hors de votre lieu de résidence principale ou secondaire en cas de :

- Perte de ses Bagages par le transporteur et/ou lors des transferts organisés par le voyagiste ;
- Vol de ses Bagages à la suite d'une effraction ou à une agression uniquement ;
- Détérioration totale ou partielle de ses Bagages survenant pendant le Séjour et dû à un événement catastrophique tel qu'un incendie, inondation ou effondrement.

RETARD DE LIVRAISON DE VOS BAGAGES

Dans le cas où vos bagages personnels ne vous sont pas remis à l'aéroport de destination (à l'aller) et s'ils vous sont restitués avec plus de 24 heures de retard, nous vous remboursons, sur présentation de justificatifs, les achats de première nécessité (c'est à dire les effets vestimentaires de base et d'hygiène permettant à l'Assuré de faire face temporairement à l'indisponibilité de ses effets personnels) à concurrence du montant indiqué au tableau des montants de garanties .

Nous n'intervenons qu'en complément de l'indemnisation que vous pourriez réclamer auprès du transporteur et/ou de l'Organisateur de votre Voyage en vertu de la réglementation en vigueur au jour du sinistre.

Cette garantie n'est pas cumulable avec les garanties vol, détérioration et perte de vos bagages.

QUELLES SONT LES LIMITES DE NOTRE GARANTIE ?

Pour les objets précieux :

- **La valeur de remboursement ne peut en aucun cas excéder 50% du montant indiqué au tableau des montants de garanties ;**
- **Ne sont garantis que contre le vol caractérisé, UNIQUEMENT lorsqu'ils sont placés dans un coffre de sûreté ou lorsqu'ils sont portés sur vous** et dûment déclaré comme tel à une autorité compétente (police, gendarmerie, compagnie de transport, commissaire de bord, etc.) :

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 du véhicule fermé à clef et/ou l'habitacle du véhicule, à l'abri de tout regard (invisible aux yeux des tiers depuis l'exterieure de la voiture). **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.

QUELLES SONT LES EXCLUSIONS APPLICABLES À CETTE GARANTIE ?

Outre les exclusions figurant à la rubrique « EXCLUSIONS COMMUNES À TOUTES LES GARANTIES », nous ne pouvons intervenir dans les circonstances suivantes :

- Les frais et dépenses que Vous avez réalisés et dont l'indemnisation incombe aux agents de voyages et opérateurs de la vente de voyages et de séjours en application du code du Tourisme ou aux transporteurs aériens et organisateurs de voyage en application de la Convention de Varsovie 12 octobre 1929 et de la Convention de Montréal du 28 mai 1999, pour l'unification des règles relatives au transport aérien, ainsi qu'en vertu du Règlement (CE) 1371/2007 du 23 octobre 2007 sur les droits et obligations des voyageurs ferroviaires.
- 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 effraction ou sans agression dûment constaté et verbalisé par une autorité (police, gendarmerie, compagnie de transport, commissaire de bord, etc.).
- Les dommages accidentels dus au coulage des liquides, des matières grasses, colorantes ou corrosives et contenus dans vos bagages.
- La confiscation des biens par les Autorités (douane, police).
- Le vol par ruse.
- 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, break.
- Les collections, échantillons de représentants de commerce.
- Le vol, la perte, l'oubli ou la détérioration des espèces, documents, livres, titres de transport et cartes de crédit.
- L'oubli ou la détérioration des documents d'identité : passeport, carte d'identité ou de séjour, carte grise et permis de conduire.
- Le vol des objets précieux lorsqu'ils n'ont pas été placés dans un coffre de sûreté fermé à clef alors qu'ils ne sont pas portés, ce qui implique de fait que les objets précieux ne sont pas garantis lorsqu'ils sont confiés à une compagnie de transport quelle qu'elle soit (aérienne, maritime, ferroviaire, routière, etc.).
- Le bris des objets fragiles tels qu'objets en porcelaine, verre, ivoire, poterie, marbre.
- Les dommages indirects tels que dépréciation et privation de jouissance.
- Les objets désignés ci-après : toutes prothèses, appareillages de toute nature, vélos, remorques, titres de valeur, tableaux, lunettes, lentilles de contact, clefs de toutes sortes, documents enregistrés sur bandes ou films, le matériel professionnel, les mobiles téléphoniques, les articles de sport, les instruments de musique, les produits alimentaires, les briquets, les stylos, les cigarettes, les alcools, les objets d'art, les produits de beauté, les pellicules photo, trottinette, deux-roues et véhicule motorisé.

- Toutes demandes d'indemnisation pour lesquels Vous bénéficiez d'une couverture totale/complète auprès d'un autre organisme ou du transporteur du fait de la réglementation en vigueur.
- Toute monnaie virtuelle, y compris, mais sans s'y limiter, la crypto-monnaie, y compris les fluctuations de valeur.

COMMENT VOTRE INDEMNITÉ EST-ELLE CALCULÉE ?

Vous êtes indemnisé sur justificatif de la valeur de l'objet lors de son achat initial, Vétusté déduite.

En aucun cas, il n'est fait application de la règle proportionnelle de capitaux prévue à l'article L. 121-5 du Code des assurances français.

Notre remboursement s'effectuera déduction faite du remboursement éventuel obtenu auprès de la compagnie de transport.

La franchise indiquée au tableau des montants de garanties est applicable à chaque dossier.

QUELLES SONT VOS OBLIGATIONS EN CAS DE SINISTRE ?

Votre déclaration de sinistre doit nous parvenir dans les 15 jours ouvrés sauf cas fortuit ou de force majeure, en cas de vol le délai est de 2 jours ouvrés; si ce délai n'est pas respecté et que de ce fait, nous subissons un préjudice, vous perdez tout droit à indemnité.

Votre déclaration de sinistre doit être accompagnée des éléments suivants :

- Le rapport de plainte effectué dans les 24 heures en cas de vol déposé auprès d'une autorité compétente (police, gendarmerie, compagnie de transport, commissaire de bord...);
- Le constat de perte ou de destruction établi auprès du transporteur (maritime, aérien, ferroviaire, routier) lorsque vos bagages ou objets se sont égarés, ont été endommagés ou volés pendant la période où ils se trouvaient sous la garde juridique du transporteur ;
- De tout justificatif des dédommagements ou de non-dédommagement obtenus 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, vous encourez la déchéance de vos droits à indemnisation.

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 de justifier, par tous moyens en votre pouvoir et par tous documents en votre possession, de l'existence et de la valeur de ces biens au moment du sinistre, ainsi que de l'importance des dommages.

Si sciemment, comme justification, vous employez des documents inexacts ou usez de moyens frauduleux ou faites des déclarations inexactes ou réticentes, vous serez déchu de tout droit à indemnité, ceci sans préjudice des poursuites que nous serions alors fondés à intenter à votre encontre.

QUE SE PASSE-T-IL SI VOUS RÉCUPÉREZ TOUT OU PARTIE DES BAGAGES, OBJETS OU EFFETS PERSONNELS ?

Vous devez nous en aviser immédiatement par mail, dès que vous êtes informé :

- Si nous ne vous avons pas encore réglé l'indemnité, vous devez reprendre possession desdits bagages, objets, ou effets personnels ; nous ne sommes 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 desdits bagages, objets ou effets personnels à notre profit,
  - Soit pour la reprise desdits bagages, objets ou effets personnels moyennant la restitution de l'indemnité que vous avez reçue déduction faite, le cas échéant, de la partie de cette indemnité correspondant aux détériorations ou manquants ;
- Si vous n'avez pas choisi dans un délai de 15 jours, nous considérons que vous optez pour le délaissement.

REMBOURSEMENT DES FRAIS DE RÉFECTION DES DOCUMENTS DE VOYAGE

Nous remboursons les frais directs du duplicata des Documents de voyage, perdus ou volés **à concurrence du montant mentionné dans le tableau des montants de garanties.**

Le remboursement intervient sur présentation de la déclaration de vol ou de perte auprès des autorités locales, d'un justificatif du paiement des droits de chancellerie et du récépissé de la demande..

ARTICLE 3 : ASSISTANCE AUX PERSONNES EN CAS DE MALADIE OU BLESSURE OU DÉCÈS

Si vous vous trouvez dans une des situations évoquées ci- après, nous mettons en œuvre, conformément aux conditions générales de votre contrat, les services décrits, sur simple appel téléphonique.

Dans tous les cas, **la décision d'assistance et le choix des moyens appropriés appartiennent exclusivement à notre médecin, après contact avec le médecin traitant sur place et, éventuellement, la famille du bénéficiaire**. Seuls l'intérêt médical du bénéficiaire et le respect des règlements sanitaires en vigueur sont pris en considération pour arrêter la décision du transport, le choix du moyen utilisé pour ce transport et l'éventuel lieu d'hospitalisation.

En aucun cas, nous ne nous substituons aux organismes locaux de secours d'urgence.

QUE GARANTISSONS-NOUS ?

TRANSPORT / RAPATRIEMENT

En cas d'Atteinte corporelle grave, l'Équipe médicale d'AXA contacte les médecins traitants sur place et prend les décisions les mieux adaptées en fonction de l'état de l'Assuré, des informations recueillies et des seules exigences médicales.

Si l'Équipe médicale d'AXA recommande le rapatriement de l'Assuré vers une Structure médicale ou son Domicile, AXA organise et prend en charge sa réalisation.

Si l'Assuré est hospitalisé dans une Structure médicale hors du secteur hospitalier de son Domicile, et si c'est médicalement nécessaire, AXA organise et prend en charge son transfert vers son Domicile.

Le choix de la destination de rapatriement, du lieu d'Hospitalisation, de la date, de la nécessité d'un accompagnement et des moyens utilisés pour le rapatriement relèvent exclusivement de la décision de l'Équipe médicale d'AXA.

Les moyens de rapatriement peuvent être le véhicule sanitaire léger, l'ambulance, le train, l'avion de ligne, l'avion sanitaire.

Tout refus de la solution proposée par l'Équipe médicale d'AXA entraîne la déchéance des garanties d'assistance médicale.

Si l'assureur décide de mettre à votre disposition un titre de transport, il peut vous demander d'utiliser votre titre de transport initial, si ce dernier peut être modifié. Si cela n'est pas le cas, vous devez impérativement lui remettre le remboursement du titre de transport initial non utilisé ou, dans le cas d'un titre de transport non remboursable, le titre de transport original.

ASSISTANCE PSYCHOLOGIQUE (FRANCOPHONE UNIQUEMENT)

En cas de demande d'assistance psychologique suite à un traumatisme survenu à l'étranger provoqué par un acte de terrorisme, la guerre civile ou étrangère, des émeutes ou par un événement familial grave, l'équipe d'AXA met le bénéficiaire en relation avec un psychologue.

L'équipe d'AXA propose au bénéficiaire un rendez-vous téléphonique avec un psychologue.

AXA organise et prend en charge trois consultations téléphoniques de 30 minutes maximum chaque.

Au-delà de ces trois consultations, le coût d'une éventuelle prolongation de l'assistance psychologique reste à la charge du bénéficiaire.

Le coût de la communication téléphonique reste à la charge du bénéficiaire.

Conditions d'application de la garantie :

- La demande d'assistance psychologique doit être formulée dans un délai de 3 mois à compter de la date de survenance du traumatisme ;
- Les consultations prises en charge par AXA sont accordées dans un délai de 6 mois à compter de la date de survenance du traumatisme.

TELECONSULTATION MÉDICALE

Dans le cadre de l'assistance Téléconsultation médicale, Vous pouvez réaliser une consultation médicale à distance avec un médecin, bénéficier de conseils médicaux et d'informations sur la suite de votre parcours de soins.

Vous :

LANGUE DE TÉLÉCONSULTATION	VIA APPEL TÉLÉPHONIQUE	VIA APPEL VIDÉO (VISIO)
Francophone	Numéro d'assistance ou Application Chapka 24h/24, 7j/7, 365j par an	Application Chapka De 8h à 20h en semaine
Anglophone	Numéro d'assistance ou Application-Chapka 24h/24, 7j/7, 365j par an	Sous réserve de disponibilité
Hispanophone	Numéro d'assistance ou Application-Chapka 24h/24, 7j/7, 365j par an	Sous réserve de disponibilité
Germanophone	Numéro d'assistance ou Application-Chapka De 8h à 21h en semaine De 8h à 20h le week-end	Application Chapka De 8h à 20h en semaine
Italophone	Numéro d'assistance ou Application-Chapka 24h/24, 7j/7, 365j par an	Indisponible

- Pouvez prendre rendez-vous et télécharger des scanners, résultats de tests et des rapports médicaux avant la consultation ;
- Pouvez obtenir une ordonnance si nécessaire, dans le respect de la législation locale, via l'application ou par l'intermédiaire d'une pharmacie de proximité ;
- Pouvez obtenir des informations sanitaires sur le lieu de votre séjour avant votre départ.

Dans certains cas, un examen physique peut être nécessaire pour établir un diagnostic. Le cas échéant, le Médecin vous réorientera vers un médecin. Lorsqu'il s'agit d'une Téléconsultation pour un enfant mineur, l'appel doit être effectué par le titulaire de l'autorité parentale ou le tuteur.

CE QUI N'EST PAS COUVERT

1. Les Téléconsultations lorsque notre Équipe Médicale identifie une urgence médicale.
2. Les demandes de Téléconsultations avec un médecin autre qu'un Médecin généraliste.
3. Les prescriptions pour un renouvellement de traitement dans le cas de pathologies chroniques.
4. Les prescriptions d'arrêt de travail.
5. Les certificats médicaux.

RESPONSABILITÉ

a) Notre Responsabilité

Les obligations souscrites par AXA dans le cadre de l'activité de Téléconsultation médicale aux termes des présentes Conditions Générales sont constitutives d'obligations de moyens.

En outre, AXA ne saurait être tenu pour responsable des interruptions de service et/ou dommages résultant :

- De défaillances ou interruptions des réseaux téléphoniques et/ou informatiques.
- De modifications de la situation du Bénéficiaire et notamment de son état de santé qui ne leur auraient pas été signifiées lors de la Téléconsultation.
- D'un cas de Force Majeure ou du fait d'un tiers.

b) Votre Responsabilité

Vous êtes responsable de l'exactitude et de l'actualisation des renseignements demandés lors de la Téléconsultation pour permettre au médecin d'assurer sa prestation dans de bonnes conditions.

RETOUR DES BÉNÉFICIAIRES

Dans le cadre d'un rapatriement en cas d'Atteinte corporelle grave, AXA organise et prend en charge le retour au Domicile des Membres de la famille Bénéficiaire de l'Assuré ou d'une personne Bénéficiaire sans lien de parenté l'accompagnant.

AXA prend en charge un titre de transport retour en avion classe économique ou en train 1re classe engagés selon les limites indiquées dans le tableau des montants des garanties.

En cas de décès de l'assuré, AXA prend en charge un titre de transport retour en avion classe économique ou en train 1re classe pour les Membres de la famille Bénéficiaire de l'Assuré à condition que les moyens initialement prévus pour leur Voyage de retour ne soient pas utilisables ou modifiables.

VISITE D'UN PROCHE

Si l'état de santé de l'Assuré ne permet pas ou ne nécessite pas son rapatriement et si son Hospitalisation est supérieure à 3 jours consécutifs (au premier jour d'Hospitalisation, si le pronostic vital est engagé ou si le Bénéficiaire est mineur ou s'il est handicapé), AXA prend en charge pour un Membre de sa famille ou un de ses Proches un titre de transport aller-retour pour se rendre sur place (un titre de transport pour chaque parent, père et mère, s'il s'agit d'un enfant mineur).

AXA organise et prend en charge les frais de séjour (chambre, petit-déjeuner et taxi) engagés pour le compte de ce Proche.

La prise en charge d'AXA ne pourra excéder la durée et le plafond de garantie mentionnés au tableau des montants de garanties, ainsi que la durée d'Hospitalisation.

Cette garantie n'est acquise qu'en l'absence, sur place, d'un Membre majeur de la famille de l'Assuré.

Cette garantie n'est pas cumulable avec la garantie « Prolongation de séjour sur place ».

TRANSPORT DE CORPS EN CAS DE DÉCÈS

AXA organise et prend en charge soit les frais d'inhumation ou de crémation dans le pays où est survenu le décès soit le coût du rapatriement du corps ou des cendres de l'Assuré défunt du lieu du décès jusqu'au lieu d'inhumation dans son Pays de Domicile ainsi que les frais de traitement post mortem, de mise en bière et d'aménagements nécessaires au transport. La prise en charge ne peut excéder le montant mentionné dans le Tableau des garanties.

Les frais de cercueil liés au transport ainsi organisé sont pris en charge **à concurrence du montant mentionné dans le Tableau des garanties.**

Les frais d'obsèques, de cérémonie, de convois locaux, d'inhumation ou d'incinération restent à la charge de la famille de l'Assuré.

Le choix des sociétés intervenant dans le processus du rapatriement est du ressort exclusif d'AXA.

PROLONGATION DE SÉJOUR SUR PLACE

En cas de prolongation de séjour sur place préconisée par ses médecins, AXA organise et prend en charge les frais de séjour (chambre, petit-déjeuner et taxi) de l'Assuré ainsi que ceux des membres bénéficiaires de sa famille, pour autant qu'ils restent auprès de lui, ou d'une personne bénéficiaire sans lien de parenté l'accompagnant.

La prise en charge se fait dans la limite de la prescription médicale à concurrence du montant indiqué au tableau des montants de garanties et lorsque la durée du séjour est achevée.

Cette garantie n'est pas cumulable avec la garantie « Visite d'un proche ».

ARTICLE 4 : ASSISTANCE AUX VOYAGEURS

PRISE EN CHARGE DES HONORAIRES D'AVOCAT À L'ÉTRANGER

Si le bénéficiaire fait l'objet de poursuites judiciaires à la suite d'un accident de circulation ou d'une infraction non intentionnelle à la législation locale survenue hors de son pays de résidence et intervenue au cours de la vie privée, c'est-à-dire pour des faits sans relation avec l'exercice d'une activité professionnelle, AXA s'engage à prendre en charge, à concurrence du montant indiqué au tableau des montants de garanties, les honoraires des représentants judiciaires auxquels il fait appel, s'il est poursuivi pour infraction non intentionnelle à la législation du pays étranger dans lequel il se trouve.

Ne sont pas garantis le montant des condamnations et leurs conséquences.

RETOUR ANTICIPÉ

Vous apprenez :

- Soit le décès d'un Membre de votre famille, et vous souhaitez vous rendre aux obsèques ; la date des obsèques doit être antérieure à la date initialement prévue pour votre retour.
- Soit l'hospitalisation imprévue engageant le Pronostic Vital d'un Membre de votre famille, et vous souhaitez vous rendre à son chevet, sur le lieu d'hospitalisation ; la date d'admission à l'hôpital de ce Membre de votre famille doit être postérieure à votre date de départ à l'Étranger.

AXA met à votre disposition et prend en charge votre billet avion aller ou aller/retour (Classe économique) jusqu'à votre pays de domicile ou train (1re Classe) jusqu'à la ville la plus proche dans votre pays de domicile, à l'exclusion de tout autre frais d'acheminement.

Le Membre de votre famille doit être domicilié dans le même pays que vous ; à défaut, la prise en charge financière est limitée au montant qui aurait été supporté si le Retour anticipé avait été effectué jusqu'à votre Pays de domicile.

Sous réserves que les conditions suivantes soient respectées :

- L'Assuré(e) doit contacter AXA et obtenir son accord avant tout achat de billet ;
- L'Assuré(e) doit au préalable produire, soit un certificat de décès, soit un bulletin d'hospitalisation justifiant du Pronostic Vital engagé.

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 survenir au maximum 30 jours après votre billet aller ;
- Votre contrat d'assurance est encore 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, facture d'achat du billet aller/retour, ...).

À 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.

Si AXA décide de mettre à votre disposition un titre de transport, il peut vous demander d'utiliser votre titre de transport initial, si ce dernier peut être modifié. Si cela n'est pas le cas, vous devez impérativement lui remettre le remboursement du titre de transport initial non utilisé ou, dans le cas d'un titre de transport non remboursable, le titre de transport original.

Cette garantie ne peut être invoquée qu'une seule fois par période de 12 mois à compter de la souscription initiale.

Dans tous les cas, notre prise en charge est limitée à la somme indiquée au tableau des montants de garanties.

QUELLES SONT LES EXCLUSIONS SPÉCIFIQUES AUX GARANTIES D'ASSISTANCE AUX PERSONNES ?

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

Outre les exclusions figurant à la rubrique « EXCLUSIONS COMMUNES À TOUTES LES GARANTIES », nous ne garantissons pas :

- Les affections ou lésions bénignes qui peuvent être traitées sur place et qui n'empêchent pas l'Assuré de poursuivre son déplacement.
- Les convalescences, les affections en cours de traitement et non encore consolidées et/ou nécessitant des soins ultérieurs programmés.
- Les maladies préexistantes diagnostiquées et/ou traitées à moins d'une complication ou d'une nette aggravation.
- Les Voyages entrepris dans un but de diagnostic et/ou de traitement, bilans médicaux, check-up, dépistages à titre préventif.
- La pratique, à titre amateur, de sports aériens, de défense, de combat.
- Les conséquences du défaut ou de l'impossibilité de vaccination.
- Lorsque l'Assuré a entrepris son voyage malgré les restrictions du Ministère des Affaires Étrangères de son pays de Domicile.

ARTICLE 5 : REMBOURSEMENT DES FRAIS DE RECHERCHE ET DE SECOURS

OBJET DE LA GARANTIE

Vous êtes garanti pour le remboursement des frais de recherche et de secours nécessités par une intervention, y compris en mer, en montagne, sur un domaine privé ou public, d'équipes appartenant à des sociétés dûment agréées et dotées de tous moyens, afin de vous localiser et de vous évacuer jusqu'au centre d'accueil adapté le plus proche.

MONTANT DE LA GARANTIE ET LIMITATION

La prise en charge est limitée à 60 (soixante) heures de recherche.

Notre remboursement par bénéficiaire et par voyage se fait à concurrence des montants indiqués au tableau des montants de garanties avec pour maximum le montant prévu par événement quel que soit le nombre de bénéficiaires concernés. La garantie intervient en complément ou après épuisement de toute garantie similaire dont vous pouvez bénéficier par ailleurs.

PROCÉDURE DE DÉCLARATION

Vous ou toute personne agissant en votre nom doit nous aviser dans les 5 jours ouvrables suivant la date de fin de votre voyage en vous conformant à la procédure de déclaration telle que décrite dans « Procédure de déclaration de sinistre au titre des garanties d'assurance ».

Votre déclaration doit comporter les informations suivantes :

- Vos nom, prénom et adresse ;
- Numéro de la convention ;
- La date, les causes et les circonstances du sinistre ;
- Les pièces originales justificatives.

EXCLUSIONS SPÉCIFIQUES À LA GARANTIE D'ASSURANCE FRAIS DE RECHERCHE ET DE SECOURS

Les exclusions communes à toutes les garanties et les exclusions spécifiques à l'assistance médicale sont applicables.

En outre ne pourront donner lieu ni à avance, ni à remboursement, ni à prise en charge :

- Les frais de recherche et de secours résultant de l'inobservation des règles de prudence édictées par les exploitants du site et/ou des dispositions réglementaires régissant l'activité pratiquée par l'Assuré.
- Les frais de recherche et de secours engendrés par la pratique d'un sport professionnel, la participation à une expédition (voyage d'exploration nécessitant une infrastructure spécifique) ou une compétition.

ARTICLE 6 : RESPONSABILITÉ CIVILE VIE PRIVÉE À L'ÉTRANGER

OBJET DE LA GARANTIE

Cette garantie a pour objet de couvrir les conséquences pécuniaires de la responsabilité civile qui peut incomber à l'Assuré en cas de dommages corporels, matériels ou immatériels causés à des tiers au cours de sa vie privée, par lui, les personnes dont il répond ou les choses ou les animaux dont il a la garde, dès lors que le fait à l'origine du dommage est survenu pendant la période de validité de ce Contrat.

RESPONSABILITÉ CIVILE LOCATIVE À L'ÉTRANGER

Cette garantie a pour objet de couvrir les conséquences pécuniaires de la responsabilité civile qui peut incomber à l'Assuré en cas de dommages matériels causés par un incendie, des explosions, des jets de flammes ou d'étincelles ou des dégâts des eaux survenant au cours d'un Voyage à l'étranger aux :

- Biens immobiliers objet du contrat de location ;
- Biens mobiliers se trouvant à l'intérieur du logement loué en meublé et listés dans l'inventaire annexé au contrat de location.

Vis-à-vis :

- Du propriétaire de la location de vacances :
  - Pour les dommages matériels causés à son immeuble et au mobilier des locaux loués,
  - Pour les loyers dont il est privé et la perte d'usage du bien loué,
  - Pour les dommages matériels subis par les autres locataires qu'il est tenu d'indemniser ;
- Des voisins et des Tiers : pour les dommages matériels et immatériels qu'ils subissent.

SUBSIDIARITÉ DE LA GARANTIE

Cette garantie s'applique dans les pays dans lesquels l'Assuré ne bénéficie pas d'une assurance de responsabilité civile locative souscrite par ailleurs.

PLAFOND DE LA GARANTIE

Le montant indemnisé ne peut excéder les plafonds définis au Tableau des montants de garanties déduction faite de la Franchise.

MODALITÉ D'APPLICATION DE LA GARANTIE DANS LE TEMPS

Veuillez-vous reporter à l'Annexe 1 « Fiche relative au fonctionnement des garanties Responsabilité civile dans le temps ».

Cette garantie déclenchée par le fait dommageable, conformément aux dispositions de l'article L.124-5 du Code des assurances, couvre l'Assuré contre les conséquences pécuniaires de sa responsabilité civile, dès lors que le fait dommageable survient entre la 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.

TRANSACTION ET RECONNAISSANCE DE RESPONSABILITÉ

Aucune reconnaissance de responsabilité, aucune transaction, intervenues sans l'accord d'AXA, ne sont opposables à AXA. De même, l'aveu de la matérialité d'un fait ou l'exécution d'un simple devoir d'assistance ne peut être assimilé à la reconnaissance d'une responsabilité.

DÉCLARATION DE SINISTRE

L'Assuré doit déclarer le sinistre à Chapka Assurances **dans les dix (10) jours ouvrés** où il en a eu connaissance.

La déclaration doit comporter les informations suivantes :

- Les nom, prénom et adresse de l'auteur du sinistre, des victimes et des éventuels témoins ;
- Numéro du contrat ; toute information ou document nécessaire à la connaissance des faits, à la nature et à l'étendue des dommages et permettant de déterminer les responsabilités encourues ; de manière générale, l'Assuré doit transmettre à AXA toute correspondance ou pièce qui intéresserait le sinistre ;
- Une explication détaillée des circonstances entourant l'incident, y compris les photographies et vidéos (le cas échéant) ;

- Toute assignation, convocation ou autre correspondance reçue d'un tiers ;
- Tous détails concernant les témoins, en fournissant si possible des déclarations écrites.

Toute déclaration non conforme aux dispositions prévues dans la présente garantie entraîne la déchéance de la présente garantie dès lors que cette non-conformité cause préjudice à AXA.

EXCLUSIONS SPÉCIFIQUES À LA GARANTIE RESPONSABILITÉ CIVILE À L'ÉTRANGER, LA RESPONSABILITÉ CIVILE LOCATIVE

Outre les exclusions applicables à toutes les garanties, sont également exclues les conséquences :

- Des dommages causés aux Membres de la famille de l'Assuré, à ses préposés, salariés ou non, dans l'exercice de leurs fonctions ou à toute autre personne ayant la qualité d'Assuré au titre du présent contrat.
- Des dommages causés aux Animaux ou aux objets qui appartiennent à l'Assuré ou qui lui sont prêtés ou confiés.
- Des dommages résultant d'un vol, d'une disparition ou d'un détournement.
- Les dommages matériels occasionnés par l'Assuré aux ordinateurs portables, téléphones portables et/ou tablettes.
- Des dommages résultant d'un abus de confiance, de l'injure, de la diffamation.
- Des dommages causés par :
  - Tout véhicule terrestre à moteur répondant à la définition de l'article L211-1 du code des assurances,
  - Tout véhicule terrestre construit en vue d'être attelé à un véhicule terrestre à moteur,
  - Tout appareil de navigation aérienne, maritime ou fluviale.
- Des dommages résultant de la pratique de la chasse, de tous sports mécaniques (automobile, motocyclette et plus généralement tout véhicule terrestre à moteur), de tous sports aériens.
- Des dommages causés aux Tiers et résultant de l'organisation, la préparation ou la participation à une compétition organisée sous l'égide d'une fédération sportive, soumise à autorisation administrative ou à une obligation d'assurance légale.
- Des dommages occasionnés au cours de l'activité professionnelle de l'Assuré ou lors de sa participation à une activité organisée par une association loi de 1901, une institution ou une collectivité.
- Des dommages découlant de la responsabilité civile de l'Assuré en tant qu'auteur de faits commis sous l'effet de stupéfiants, en état d'ivresse ou d'intoxication alcoolique, ou résultant de la participation à un pari, un défi ou une rixe.
- Des dommages matériels survenus lors d'une fête rassemblant plus de 10 personnes organisée dans le bien loué.
- Des dommages survenus dans des résidences secondaires, les terrains de sports ou de jeux dont l'Assuré est copropriétaire ou locataire à l'année.
- Les frais de réparation ou de remplacement des conduites, robinets et appareils intégrés dans les installations d'eau et de chauffage, lorsqu'ils sont à l'origine du sinistre.

Enfin, sont exclus les sinistres survenus en Afghanistan, Biélorussie, Corée du Nord, Crimée, Cuba, Régions du Donetsk, Louhansk en Ukraine, Myanmar, Iran, Russie, Sébastopol, Syrie, Venezuela.

ARTICLE 7 : INDIVIDUELLE ACCIDENT DE VOYAGE

OBJET DE LA GARANTIE

Cette garantie a pour objet le versement à l'attention de l'Assuré ou à celle de l'un de ses ayants droit d'un capital en cas d'Accident survenu pendant son Voyage et ayant entraîné une Invalidité permanente totale ou partielle constatée dans un délai de douze (12) mois à compter de l'Accident ou son décès dans les 24 mois suivant l'Accident.

DÉFINITIONS SPÉCIFIQUES À L'ASSURANCE INDIVIDUELLE ACCIDENT

ACCIDENT

Lésion consécutive à une Atteinte corporelle, provenant de l'action soudaine et violente d'une cause extérieure et indépendante de la volonté de l'Assuré.

Ne sont pas considérés comme des Accidents : les hernies discales ou autres hernies, les lumbagos, sciatique et affections dites « tours de reins », les infarctus, les affections coronariennes, les ruptures d'anévrismes, les embolies cérébrales, les hémorragies méningées, les névrites atteignant un nerf de la région traumatisée.

BÉNÉFICIAIRE

À défaut de désignation expresse du Bénéficiaire, le capital décès est versé au Conjoint de l'Assuré, à défaut les enfants nés ou à naître, vivants ou représentés de l'Assuré ou de toute autre personne désignée, à défaut les héritiers ou ayants droit de l'Assuré ou d'un Bénéficiaire prédécédé.

CONSOLIDATION

Moment à partir duquel les lésions se sont stabilisées et ont pris un caractère permanent tel qu'un traitement n'est plus nécessaire, si ce n'est pour éviter une aggravation et qu'il devient possible d'apprécier le degré d'incapacité fonctionnelle permanente réalisant un préjudice définitif.

INVALIDITÉ PERMANENTE

Perte définitive, totale ou partielle, de la capacité fonctionnelle d'une personne qui s'exprime en pourcentage par référence à l'Annexe I « Barème indicatif d'invalidité (accidents du travail) » de l'article R434-32 du Code de la sécurité sociale et qui est établie par expertise médicale.

PERTE DE	MONTANT DE L'INDEMNISATION
Des deux mains	100% de l'indemnisation pour invalidité permanente totale
Des deux pieds	
De la vue complète des deux yeux	
D'une main et d'un pied	
D'une main ou d'un pied et de la vue complète d'un œil	

PERTE DE	MONTANT DE L'INDEMNISATION
D'une main	50% de l'indemnisation pour invalidité permanente totale
D'un pied	
De la vue complète d'un œil	

MONTANT DE LA GARANTIE

EN CAS DE DÉCÈS CONSÉCUTIF À UN ACCIDENT

Le montant du capital par Assuré est indiqué dans le Tableau des montants de garanties.

EN CAS D'INVALIDITÉ PERMANENTE

AXA désigne un médecin-expert qui organise une expertise afin de déterminer, après Consolidation de l'état de l'Assuré et au plus tard dans un délai de trois (3) ans à compter de la date de l'Accident, le taux d'invalidité de l'Assuré, par référence à l'Annexe I « Barème indicatif d'invalidité (accidents du travail) » pris en compte par la sécurité sociale conformément à l'article R434-32 du Code de la sécurité sociale. Le montant du capital alloué dépend du taux d'Invalidité permanente constaté pendant les douze (12) mois suivant l'Accident.

Le taux d'invalidité minimum pris en considération pour prétendre au bénéfice de la présente garantie est fixé à 10%.

Le montant de l'indemnisation est égal au produit des termes suivants :

- Taux d'Invalidité permanente déterminé par le barème ci-dessous, ce taux étant estimé en fonction de la capacité maximum existant à la date d'admission à l'assurance ;
- Pour les infirmités multiples provenant soit d'un même Accident, soit d'Accidents successifs, chaque infirmité partielle est appréciée isolément sans que, toutefois, l'addition des taux d'infirmité partielle concernant le même membre ou le même organe puisse excéder le taux résultant de sa perte totale. En tout état de cause, la somme globale des infirmités partielles est limitée à 100%, le capital global ou le dernier capital partiel étant calculés en conséquence.

NON CUMUL

Le capital décès et l'Indemnité invalidité permanente constituent une seule et même garantie : la garantie individuelle Accident. En conséquence, en cas de décès consécutif à l'Accident après reconnaissance d'une Invalidité permanente consécutive au même Accident, les indemnités versées ou dues par AXA au titre de l'Invalidité permanente viennent en déduction de celles dues en cas de décès.

ENGAGEMENT MAXIMUM : PLAFOND DE GARANTIE PAR ÉVÉNEMENT

Dans le cas où la garantie s'exercerait en faveur de plusieurs Assurés victimes d'un même événement, l'engagement maximum d'AXA ne pourra excéder 2 500 000 € pour l'ensemble des indemnités dues au titre des capitaux décès et invalidité permanente. Les indemnités dues seront alors réduites et réglées proportionnellement.

MODALITÉ D'APPLICATION ET JUSTIFICATIFS REQUIS

L'Assuré, ou l'un de ses ayants droit, doit déclarer le sinistre dans les 30 jours suivant la date de l'Accident ou celle à laquelle il en a eu connaissance.

La déclaration doit comporter les éléments suivants :

- Ses noms, prénom et adresse des auteurs du sinistre et des éventuels témoins ;
- Le numéro du Contrat ;
- Toute information ou document nécessaire à la connaissance des faits, à la nature, aux circonstances, à la date et au lieu de l'Accident ;
- Une copie d'une pièce d'identité permettant d'attester de la qualité d'Assuré ;
- En cas de décès, tout document permettant d'attester de la qualité de Bénéficiaire du capital décès accidentel (copie de pièce d'identité, Pacte Civil de solidarité, livret de famille, etc.) ;
- En cas d'invalidité : la notification définitive de l'attribution de pension d'invalidité ou de rente d'invalidité, délivrée par la Sécurité sociale au moment de l'ouverture des droits ;
- Le cas échéant : l'acte de décès.

Sous pli confidentiel à l'attention du Médecin conseil de Chapka Assurances :

- Le Bulletin d'Hospitalisation et le certificat médical comportant la date du premier acte médical, la description détaillée de la nature des blessures et des soins, ainsi que les conséquences qui peuvent en découler ;
- En cas d'Invalidité : le certificat de consolidation ;
- De manière générale, l'Assuré doit transmettre toute correspondance ou pièce de procédure qui intéresserait le sinistre.

Outre ces pièces, Chapka Assurances se réserve le droit de demander toute pièce complémentaire jugée nécessaire.

Toute déclaration non conforme aux dispositions prévues dans la présente garantie entraîne la déchéance de la présente garantie.

CAPITAL DÉCÈS ACCIDENTEL

Le capital décès est versé dans les soixante (60) jours suivants la réception de toutes les pièces justificatives nécessaires. Le paiement s'effectuera en euros.

CAPITAL INVALIDITÉ PERMANENTE

À tout moment, AXA se réserve le droit de nommer un médecin expert de son choix, lequel aura pour mission de constater que l'état de santé de l'Assuré rentre dans le cadre de la présente garantie. Le refus de l'Assuré entraîne la déchéance de la présente garantie.

Le médecin d'AXA pourra demander à l'Assuré tout document qu'il jugera nécessaire à l'analyse de l'état de santé de l'Assuré.

L'indemnisation Invalidité permanente est versée à l'Assuré dans les soixante (60) jours suivant la réception de toutes les pièces justificatives nécessaires. Le paiement s'effectuera en euros.

À la demande de l'Assuré, si AXA et l'Assuré ne sont pas parvenus à un accord sur le taux d'invalidité définitif ou si la consolidation n'est pas survenue à l'expiration d'un délai d'un (1) an à compter de la date de déclaration du sinistre, des acomptes peuvent être versés à l'Assuré.

SUBROGATION

Après le paiement des sommes assurées en cas de décès accidentel, aucun recours n'est possible contre le responsable du sinistre, conformément à l'article L 131-2 du code des assurances.

Après le paiement des sommes assurées en cas d'Invalidité permanente, AXA bénéficie d'un recours subrogatoire de plein droit à l'encontre du responsable du sinistre dès lors que les sommes allouées ont un caractère indemnitaire.

EXCLUSIONS SPÉCIFIQUES À LA GARANTIE D'ASSURANCE INDIVIDUELLE ACCIDENT

Les exclusions communes à toutes les garanties s'appliquent. En outre sont également exclus :

- L'état antérieur de l'Assuré.
- Les Accidents survenus pendant la vie professionnelle pour des :
  - Pilotes d'aéronefs ou personnels navigant,
  - Travailleurs sur plateformes pétrolières ou gazières,
  - Humanitaires.
- Toute demande d'indemnisation découlant directement ou indirectement de tout état de santé préexistant.
- Toute demande d'indemnisation ne découlant pas d'un accident involontaire.
- Toute demande d'indemnisation lorsque vous ne voyagez pas en transport public.
- Toute invalidité ou tout décès causé par une détérioration de la santé physique (p. ex., un AVC ou une crise cardiaque) et non pas comme conséquence directe d'un dommage corporel.
- Le dédommagement au titre d'invalidité permanente totale un an après la date de votre dommage corporel.
- Les déplacements normaux et habituels entre votre domicile et votre lieu de travail ou résidence secondaire ne seront pas considérés comme des voyages couverts.

De plus, sont exclues les conséquences :

- Des tentatives de suicide (y compris suicides assistés/euthanasie) et leurs conséquences.
- D'un Accident subi à l'occasion d'un Déplacement ou Voyage dans une des régions ou des pays déconseillés par le Ministère des Affaires Étrangères.
- Du traitement esthétique et/ou opération de chirurgie esthétique non-consécutif à un Accident garanti ainsi que leurs suites et conséquences.
- De la pratique des activités suivantes :
  - Conduite des véhicules terrestres à moteur à deux roues d'une cylindrée supérieure à 125 cm^3,
  - Acrobaties aériennes, parachutisme, ULM, deltaplane, parapente, montgolfières ou engins similaires,
  - Essais, entraînements ou participation à des épreuves ou compétitions comportant l'utilisation des véhicules ou embarcations à moteur,
  - Bobsleigh, varappe, skeleton, alpinisme, luge de compétition, descente en rappel, tir à l'arc, Badminton, canoë (jusqu'à la classe 3), tir au pigeon d'argile, ski de fond, promenade en éléphant, course d'obstacles, escrime, ski sur glacier, go-karting, équitation, randonnée à cheval, vol en montgolfière, vélo à réaction, ski à réaction, vélo de montagne sur piste goudronnée, paintball, voile (au-delà de 20 milles marins des côtes), ski de randonnée, snowblading, tobogganing, jeux de guerre, yachting (à l'extérieur de 20 milles nautiques des côtes),
  - Sports en compétition,
  - Sports professionnels,
  - Tentatives de records, paris de toute nature,
  - Séjours de loisirs sportifs, les raids et expéditions ou toute activité sportive constituant le motif principal du Voyage.
- De cure de toute nature.
- De la négligence, du défaut de soins ou de l'usage de soins empiriques sans contrôle médical (sauf en cas de force majeure).
- D'affections neurologiques, psychiatriques ou psychologiques.

Enfin sont exclus les Accidents survenus en Afghanistan, Biélorussie, Corée du Nord, Crimée, Cuba, Régions du Donetsk, Louhansk en Ukraine, Myanmar, Iran, Russie, Sébastopol, Syrie, Venezuela.

ARTICLE 8 : RETARD D'AVION

QUELLE EST LA NATURE DE LA GARANTIE ?

L'Assuré est indemnisé à concurrence du montant mentionné par événement dans le tableau des montants de garanties.

DANS QUELS CAS INTERVENONS-NOUS ?

Si le retard d'avion par rapport à l'heure d'arrivée initiale mentionnée sur le titre de transport de l'Assuré entraîne une rupture de correspondance et lorsque le retard est supérieur à :

- 4 heures pour un vol régulier ;
- 6 heures pour un vol non régulier de type charter.

Si le retard d'avion est dû à :

- Des conditions météorologiques défavorables ;
- Une panne mécanique ou technique de l'avion avec lequel vous deviez voyager.

AXA indemnise l'Assuré pour les frais imprévus qu'il a dû engager sur place (rafraîchissements, repas, hébergement à l'hôtel et transferts locaux entre l'aéroport et l'hôtel).

Cette garantie est acquise sous réserve que les formalités de confirmation du vol aient été accomplies dans le délai requis par l'organisateur du Voyage.

En cas de contestation :

- Pour les Vols réguliers, « l'Official Airlines Guide » servira de référence afin de déterminer l'horaire des vols et correspondances ;
- Pour les vols charters, les heures d'arrivée, les correspondances et les destinations sont celles figurant sur le billet Assuré.

Nous n'intervenons qu'en complément de l'indemnisation que vous pourriez réclamer auprès du transporteur et/ou de l'Organisateur de votre Voyage en vertu de la réglementation en vigueur au jour du sinistre.

QUELLES SONT LES CONDITIONS D'OCTROI DE LA GARANTIE ?

La garantie RETARD D'AVION est acquise aux conditions suivantes :

- La garantie doit être souscrite avant le premier voyage à garantir ;
- Vous devez avoir réglé la cotisation correspondante ;
- Vous devez avoir effectué le vol garanti.

QUELLES SONT LES OBLIGATIONS À RESPECTER EN CAS DE RETARD D'AVION ?

Pour que la garantie RETARD D'AVION s'applique, vous devez impérativement et préalablement faire compléter par la compagnie de transport qui a effectué le voyage ou à défaut les autorités de l'aéroport, la déclaration de sinistre, en indiquant l'heure initiale d'arrivée prévue et l'heure réelle d'arrivée du vol garanti.

Vous devez en outre, faire apposer sur ladite déclaration le tampon de la compagnie ou des autorités susvisées.

Si vous ne pouvez accomplir cette démarche pour quelque raison que ce soit, l'heure retenue pour le calcul de l'indemnité sera celle indiquée par l'agence de voyages ou par la compagnie aérienne ayant effectué le vol.

Dès votre retour de voyage et au plus tard dans le mois qui suit, vous devrez transmettre au Gestionnaire sinistre, la copie de votre billet d'avion, de la facture d'achat du voyage garanti et du talon de votre carte d'embarquement, ainsi que la déclaration de sinistre précitée dûment complétée.

QUELLES SONT LES EXCLUSIONS APPLICABLES À CETTE GARANTIE ?

Les exclusions communes à toutes les garanties sont applicables. En outre sont également exclus :

- Tout retard survenant sur le trajet retour.
- Tout retard dû à un retrait temporaire ou définitif d'un avion, qui aura été ordonné :
  - Soit par les autorités aéroportuaires,
  - Soit par les autorités de l'aviation civile,
  - Soit par un organisme similaire.
- Tout retard annoncé plus de 24h avant la date de départ.
- Tout retard dû à la non-admission à bord consécutive au non-respect de l'heure d'enregistrement des bagages et/ou de présentation à l'embarquement.
- Tout refus d'embarquement suite à sur-réservation.
- Tout manquement du vol sur lequel la réservation de l'Assuré était confirmée quelle qu'en soit la raison.
- Tout événement dont la responsabilité pourrait incomber à l'organisateur de Voyages en application de l'ordonnance du 20 décembre 2017 qui transpose en droit français la directive (UE) 2015/2302 du 25 novembre 2015 relative aux voyages à forfait et aux prestations de voyage liées ou au transporteur en application du Règlement (CE) n° 261/2004 du Parlement européen et du Conseil du 11 février 2004 établissant des règles communes en matière d'indemnisation et d'assistance des passagers.
- L'absence d'aléa.
- Les frais ou dépenses qu'un transporteur ou un prestataire doit vous rembourser, vous a remboursés ou vous remboursera et tous les montants versés à titre d'indemnisation par le transporteur.
- Les demandes d'indemnisation pour lesquelles vous n'avez pas respecté les termes du contrat de l'agence de voyages, du tour-opérateur ou du prestataire de services de transport.
- Les demandes d'indemnisation pour lesquelles vous n'avez pas obtenu de confirmation écrite de la part des transporteurs (ou de leurs représentants) du nombre d'heures de retard et de la raison de ce retard.
- Une grève ou un mouvement social ou un retard dû au contrôle aérien qui a commencé ou a été annoncé avant que vous n'ayez organisé votre voyage et/ou souscrit la police.
- Le retrait (temporaire ou autre) d'autorisation pour un moyen de transport public sur la recommandation des autorités de l'aviation civile ou des autorités portuaires ou de tout organisme similaire, quel que soit le pays.
- Les vols privés.

EXCLUSIONS COMMUNES À TOUTES LES GARANTIES

Outre les exclusions précisées dans les textes de la présente Notice, sont exclues et ne pourront donner lieu à l'intervention d'AXA, ni faire l'objet d'une indemnisation à quelque titre que ce soit, toutes conséquences :

- Les frais encourus si l'Assuré(e) ne souffre pas d'une pathologie grave ou si le traitement peut être retardé jusqu'à ce que l'Assuré(e) regagne son pays de domicile.
- D'affections rachidiennes, discales ou vertébrales, les lombalgies, les sciatiques, les lombosciatiques, les hernies : discales, pariétales, intervertébrale, crurale, scrotale, inguinale de ligne blanche, ombilicale, les dorsalgies, les cervicalgies et les sacro-coxalgies.
- D'affections psychiatriques, neuropsychiatriques ou psychologiques, de toute manifestation justifiant un traitement à visée neuropsychiatrique, et en particulier, la dépression nerveuse, l'anxiété, le stress, les troubles de la personnalité et/ou du comportement, la fibromyalgie, les troubles de l'alimentation, la fatigue chronique.
- Toutes évolution ou suivi de maladies préexistantes diagnostiquées et/ou traitées à moins d'une complication ou d'une nette aggravation.
- Pour toutes les sections, de demandes d'indemnisation découlant d'un motif qui n'apparaît pas dans CE QUI EST COUVERT.
- De demandes d'indemnisation pour lesquelles vous n'avez pas fourni à vos frais tous les documents nécessaires que nous vous avons indiqués. Nous pouvons également être amenés à vous demander d'autres documents que ceux énumérés pour étayer votre demande d'indemnisation.
- Votre participation ou pratique d'un sport aérien sauf en tant que passager payant d'un avion autorisé pour le transport de passagers, utilisation de véhicules motorisés à deux ou trois roues, sauf si vous détenez un permis de conduire autorisant l'utilisation de ce type de véhicules dans votre pays de domicile et la destination de votre voyage et si vous et vos passagers portez tous un casque (voir la section SPORTS ET ACTIVITÉS telle que définie au présent contrat), profession du spectacle, sports pratiqués de façon professionnelle, course (autre qu'à pied), rallyes ou compétitions en véhicule motorisé ou tout test d'endurance ou de vitesse.
- Votre participation ou pratique de tout autre sport ou activité sauf s'ils sont explicitement couverts dans la section Sports et activités de la liste figurant aux définitions du présent contrat. Les sports et les activités ne sont couverts que sur une base occasionnelle, non compétitive et non professionnelle. En aucun cas, une demande d'indemnisation découlant d'une activité non répertoriée ne sera couverte, indépendamment du fait qu'elle soit entreprise dans le cadre d'une excursion ou d'un événement organisé.
- Les sinistres liés à l'usage d'un véhicule terrestre à moteur lorsque l'Assuré n'est pas en mesure de justifier soit d'un acte de propriété, soit d'un contrat de location.
- Votre pratique du ski à l'encontre des avertissements ou conseils d'autorités locales, du ski ou du snowboard hors-piste alors qu'une alerte avalanche supérieure à 2 est en place, des cascades en ski, du ski freestyle, du hockey sur glace, du skibobbing, de la luge, de l'héliski, du ski acrobatique, du vol à ski, du saut à ski, du ski de montagne, de la dameuse, du karting sur neige ou l'utilisation de bobsleighs, de luges ou de skeletons.
- Toute demande d'indemnisation résultant de la prise de médicaments non prescrits par un médecin, de l'addiction, de l'abus ou d'un comportement sous l'emprise de drogues ou d'alcool.
- Toute demande d'indemnisation résultant d'un suicide assisté ou d'une euthanasie.
- Toute auto-exposition injustifiée à un péril (sauf lorsqu'il s'agit de sauver une vie humaine).
- Toute demande d'indemnisation résultant de votre implication dans une bagarre, sauf en cas de légitime défense.
- Votre voyage malgré les prescriptions sanitaires stipulées par le transporteur, ses agents de manutention ou tout autre prestataire de transport public.
- Vos agissements illégaux ou toute procédure judiciaire entamée à votre encontre ou toute perte ou toute détérioration délibérément subie ou causée par vous.
- Toute autre perte, détérioration ou dépense supplémentaire découlant de l'incident pour lequel vous présentez une demande d'indemnisation. Ces pertes, détériorations ou dépenses supplémentaires englobent, par exemple, les frais engagés pour l'élaboration d'une demande d'indemnisation, la perte de revenus, la perte ou les coûts induits par l'interruption de votre activité, un dérangement, une détresse ou encore la perte de jouissance.
- Toute demande d'indemnisation pour laquelle vous avez droit à une compensation au titre d'une autre assurance, y compris tout montant recouvrable de toute autre source, hormis tout excédent dépassant la somme qui aurait été couverte par une autre assurance ou tout montant recouvrable de toute autre source si ces garanties n'avaient pas été fournies.
- Tout voyage vers un pays, une zone ou pour un événement spécifique alors que le Ministère des Affaires Étrangères ou une autorité de régulation du pays de destination ou de votre pays de Domicile a déconseillé tout voyage.
- Votre escalade ou saut d'un balcon ou votre passage d'un balcon à un autre, quelle que soit la hauteur du balcon.
- Toute dépense dont il vous aurait été demandé de vous acquitter ou dont il aurait été attendu que vous vous acquittiez si l'incident entraînant la demande d'indemnisation ne s'était pas produit.
- Les circonstances dont vous aviez connaissance avant la souscription du contrat ou lors de la réservation de tout voyage et qui pouvaient raisonnablement mener à une demande d'indemnisation au titre de cette police.
- Les frais de téléphone ou d'Internet.
- Un problème médical pour lequel vous ne prenez pas le traitement recommandé ou le médicament prescrit par le médecin.
- D'une guerre, d'une invasion, d'actes d'ennemis étrangers, d'hostilités ou d'opérations belliqueuses (qu'elles aient été déclarées ou non), d'une guerre civile, d'une rébellion, d'actes de terrorisme, d'une révolution, d'une insurrection, de désordres à l'ordre public prenant les proportions d'un soulèvement, d'un coup d'État militaire ou d'une usurpation de pouvoir. Cependant, cette exclusion ne s'applique pas aux sinistres couverts par la section ASSISTANCE AUX PERSONNES EN CAS DE MALADIE OU BLESSURE OU DÉCÈS, sauf si ces sinistres sont le fait d'une attaque nucléaire, chimique ou biologique ou que les troubles existaient déjà lorsque vous avez débuté votre voyage.
- Les grèves.

- Tout rayonnement ionisant ou toute contamination par la radioactivité provenant de tout combustible ou déchet nucléaire, de la combustion d'un combustible nucléaire, des propriétés radioactives, toxiques, explosives ou autres propriétés dangereuses de tout assemblage nucléaire ou composant nucléaire de cet assemblage.
- Toute perte, destruction ou détérioration directement occasionnée par des ondes de pression causées par des avions et d'autres dispositifs aériens se déplaçant à des vitesses soniques ou supersoniques.
- Aucune compagnie d'assurance n'est réputée fournir la couverture ni n'est tenue de payer une demande d'indemnisation ou une garantie en vertu des présentes dans la mesure où la fourniture d'une telle couverture, le paiement d'une telle demande d'indemnisation ou la prestation d'une telle garantie exposeraient la compagnie d'assurance quelque sanction, interdiction ou restriction que ce soit en vertu de résolutions des Nations unies ou de sanctions, lois ou réglementations commerciales ou économiques de l'Union européenne, du Royaume-Uni ou des États-Unis d'Amérique.
- Toutes les devises virtuelles, y compris, mais sans s'y limiter les cryptomonnaies et la fluctuation de leur valeur.
- La défaillance du contrôle du trafic aérien, des systèmes informatiques des aéroports ou de tout système de réservation de voyage, y compris la perte d'accès, l'utilisation, la perte de données et la défaillance du système causée par une cyberattaque.

CONDITIONS RESTRICTIVES D'APPLICATION

LIMITATION DE RESPONSABILITÉ

L'engagement d'AXA repose sur une obligation de moyens et non de résultat.

AXA ne peut être tenue pour responsable d'un quelconque dommage à caractère professionnel ou commercial, subi par un Bénéficiaire à la suite d'un incident ayant nécessité l'intervention des services d'assistance.

AXA ne peut se substituer aux organismes locaux ou nationaux de secours d'urgence ou de recherche et ne prend pas en charge les frais engagés du fait de leur intervention sauf stipulation contractuelle contraire.

CIRCONSTANCES EXCEPTIONNELLES

AXA ne peut être tenue pour responsable de la non-exécution ou des retards d'exécution des garanties provoqués par la guerre civile ou étrangère déclarée ou non, la mobilisation générale, toute réquisition des hommes et/ou du matériel par les autorités, tout acte de sabotage ou de terrorisme, tout conflit social tel que grève, émeute, mouvement populaire, toute restriction à la libre circulation des biens et des personnes, les cataclysmes naturels, les effets de la radioactivité, les épidémies, tout risque infectieux ou chimique, tous les cas de Force majeure.

SANCTION EN CAS DE FAUSSE DÉCLARATION DES ÉLÉMENTS CONSTITUTIFS DU RISQUE

Toute fausse déclaration intentionnelle, omission ou déclaration inexacte des circonstances du risque entraîne l'application des sanctions prévues par le Code des assurances :

- La nullité de votre contrat en cas de fausse déclaration intentionnelle (article L. 113-8 du Code des assurances).
- Si la fausse déclaration intentionnelle, constatée avant tout sinistre, n'est pas établie, augmentation de la cotisation ou résiliation du contrat (article L. 113-9 du Code des assurances).
- Si la fausse déclaration intentionnelle constatée après sinistre n'est pas établie, la réduction de vos indemnités dans le rapport entre la cotisation payée et celle qui aurait dû l'être si la déclaration avait été conforme à la réalité (article L. 113-9 du Code des assurances).

SANCTION EN CAS DE FAUSSE DÉCLARATION DES ELEMENTS CONSTITUTIFS DU SINISTRE

Toute fraude, réticence ou fausse déclaration intentionnelle de votre part sur les circonstances ou les conséquences d'un sinistre entraînera la perte de tout droit à prestation ou indemnité pour ce sinistre.

CUMUL D'ASSURANCES

Conformément aux dispositions de l'article L. 121-4 du Code des assurances, quand plusieurs assurances sont contractées sans fraude pour un même risque, chacune d'elles produit ses effets dans les limites des garanties du contrat, et dans le respect des dispositions de l'article L. 121-1 du Code des assurances. Dans ce cas, l'Assuré doit prévenir tous les assureurs.

Dans ces limites, l'Assuré peut s'adresser à l'Assureur de son choix. Quand elles sont contractées de manière dolosive ou frauduleuse, les sanctions prévues par le Code des assurances (nullité du contrat et dommages-intérêts) sont applicables.

CADRE JURIDIQUE

RÉCLAMATIONS ET MÉDIATION

En cas de réclamation concernant le contrat, vous pouvez vous adresser à votre interlocuteur habituel ou à AXA aux adresses indiquées ci-dessous.

Afin de faciliter le traitement de la demande, nous vous invitons à privilégier :

Pour les demandes en lien avec :

· La souscription et la gestion du contrat et gestion des sinistres assurances :

AON FRANCE / CHAPKA ASSURANCES
Service réclamation

31-35 rue de la Fédération
75717 Paris Cedex 15

Ou par mail à :
reclamation@chapka.com

· La fourniture des prestations et le contenu des documents contractuels :

AXA

C/Tarragona N°161
0814 Barcelona - Espagne
relation.clientele@axa-asssistance.es

AXA et AON s'engagent à accuser réception sous dix (10) jours ouvrables, sauf si une réponse est apportée dans ce délai. Une réponse sera adressée dans un délai maximum de deux (2) mois.

Dès deux (2) mois à compter de la première réclamation écrite, vous pouvez faire appel au Médiateur, personnalité indépendante en écrivant à l'adresse suivante :

LA MÉDIATION DE L'ASSURANCE

TSA 50110
75441 Paris Cedex 09

Ou en complétant le formulaire de saisine directement sur le site internet :
www.mediation-assurance.org

Ce recours est gratuit. L'avis du Médiateur ne s'impose pas et laissera toute liberté à l'Assuré pour saisir éventuellement le Tribunal français compétent. Le Médiateur formulera un avis dans un délai de quatre-vingt-dix (90) jours à compter de la réception du dossier complet.

PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

En fournissant vos informations personnelles dans le cadre de la souscription de cette police et de l'utilisation de nos services, vous reconnaissez que nous pourrons traiter vos informations personnelles. Vous consentez également à ce que nous utilisions vos informations sensibles. Si vous nous transmettez des données relatives à d'autres personnes, vous vous engagez à les informer du fait que nous utiliserons leurs données à caractère personnel de la manière décrite dans les présentes et dans notre déclaration de confidentialité consultable sur notre site web : www.axapartners.com/en/page/en.privacy-policy.

Nous devons traiter vos informations personnelles pour pouvoir vous fournir une police d'assurance et d'autres services. Nous utilisons également vos données pour nous conformer à nos obligations légales ou lorsque cela sert notre intérêt légitime dans le cadre de la gestion de nos activités. Si vous ne fournissez pas ces informations, nous ne serons pas en mesure de vous proposer une police ou de traiter votre demande d'indemnisation.

Nous utilisons vos informations pour un certain nombre de raisons légitimes, notamment :

· La souscription, la gestion des polices, le traitement des demandes d'indemnisation, l'assistance aux voyageurs, le traitement des réclamations, le contrôle des mesures de sanction et la prévention de la fraude ;

· L'utilisation d'informations sensibles concernant votre santé ou votre vulnérabilité ou celles d'autres personnes lorsqu'elles sont pertinentes dans le cadre d'une demande d'indemnisation ou d'assistance en vue de fournir les services décrits dans cette police. En utilisant nos services, vous consentez à ce que nous utilisions ces informations à ces fins ;

· La surveillance et/ou l'enregistrement de vos appels téléphoniques concernant la couverture à des fins de tenue de registres, de formation et de contrôle de la qualité ;

· Les études techniques pour analyser les demandes d'indemnisation et les primes, adapter la tarification, soutenir le processus de souscription et consolider le reporting financier (y compris réglementaire). L'analyse détaillée des demandes d'indemnisation pour mieux contrôler les prestataires et les opérations. L'analyse de la satisfaction des clients et la mise en œuvre de segments de clientèle pour mieux adapter les produits aux besoins du marché ;

· L'obtention et la conservation de toute preuve pertinente et appropriée à l'appui de votre demande, dans le but de fournir des services au titre de la présente police et de valider votre demande d'indemnisation ;

· L'envoi à votre attention de demandes de commentaires ou d'enquêtes concernant nos services et d'autres communications d'assistance à la clientèle.

Nous pourrons divulguer des informations vous concernant et concernant votre couverture d'assurance à des sociétés du groupe AXA, à nos prestataires de services et mandataires aux fins de l'administration et de la gestion de votre couverture d'assurance et aux fins de vous fournir un service d'assistance voyage, dans le cadre de la prévention de la fraude et du recouvrement de paiements et autrement conformément à ce qui est exigé ou autorisé par la loi applicable.

Nous vous demanderons votre consentement séparément avant d'utiliser vos données à caractère personnel ou de les divulguer à une autre partie dans le but de vous joindre au sujet d'autres produits ou services (prospection directe). Vous pourrez à tout moment retirer votre consentement à la prospection ou exercer une option de refus concernant les demandes de commentaires en contactant le Délégué à la protection des données (dont les coordonnées figurent ci-dessous).

Dans le cadre de ces activités, nous pourrons transférer vos informations personnelles en dehors du Royaume-Uni ou de l'Espace économique européen (EEE). Dans ce cas, nous nous assurerons que les mesures de protection appropriées ont été mises en œuvre pour protéger vos informations à caractère personnel. Il s'agit notamment de s'assurer que des normes similaires à celles du Royaume-Uni et de l'EEE s'appliquent et d'imposer à la partie à laquelle nous transférons des informations à caractère personnel l'obligation contractuelle de les protéger selon des normes adéquates.

Nous conservons vos informations à caractère personnel aussi longtemps que cela est raisonnablement nécessaire pour atteindre les objectifs pertinents énoncés dans la présente déclaration et pour nous conformer à nos obligations légales et réglementaires.

Vous avez le droit de demander une copie des informations que nous détenons à votre sujet. Vous disposez également d'autres droits concernant la manière dont nous utilisons vos données, comme indiqué dans la déclaration de confidentialité consultable sur notre site web. Si vous pensez qu'une quelconque information que nous détenons à votre sujet est inexacte, veuillez nous en informer afin que nous puissions la corriger.

Si vous souhaitez savoir comment déposer une plainte auprès de votre autorité de protection des données ou si vous avez d'autres demandes ou préoccupations concernant l'utilisation que nous faisons de vos données, y compris l'obtention d'une copie imprimée de l'avis de confidentialité du site web, veuillez nous écrire à l'adresse suivante :

AXA
Délégué à la protection des données

106-108 Station Road
Redhill - RH1 1PR - Royaume-Uni

Courriel : **dataprotectionenquiries@axa-assistance.co.uk**

Aussi, vous avez la faculté de saisir la Commission Nationale Informatique et Liberté, notamment en cas de réclamation, à l'adresse suivante : **https://www.cnil.fr/fr/cnil-direct** ou par courrier à 3 place de Fontenoy, TSA 80715 – 75334 Paris cedex 07.

CONVENTION DE PREUVE

Le Souscripteur accepte la dématérialisation des relations, dès la signature du Contrat d'assurance au moyen d'une procédure dématérialisée et sous réserve de l'encaissement de la première prime d'assurance. Cette acceptation est valable pour toutes les opérations d'assurances ultérieures et en relation au Contrat.

AXA et le Souscripteur conviennent expressément que tout document conclu de manière dématérialisée selon la procédure dématérialisée mise en place constitue (i) l'original dudit document, (ii) une preuve littérale au sens de l'article 1316-1 du Code civil ayant la même valeur probante qu'un écrit manuscrit sur support papier et pourra valablement être opposé aux Parties et susceptible d'être produit en justice, à titre de preuve littérale, en cas de litiges, (iii) vaut preuve du contenu dudit document, de l'identité du Souscripteur et de son consentement aux obligations et conséquences de faits et de droit qui découlent du document conclu de manière dématérialisée.

SUBROGATION

Après vous avoir réglé une indemnité, à l'exception de celle versée au titre de la garantie Accidents 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 français.

Notre subrogation est limitée au montant de l'indemnité que nous vous avons versée ou des services que nous avons fournis.

SANCTION ET EMBARGOS

AXA ne sera pas tenue de fournir une couverture, de régler un sinistre ou de fournir une prestation au titre des présentes dans le cas où la fourniture d'une telle couverture, le règlement d'un tel sinistre ou la fourniture d'un tel service exposerait AXA à une quelconque sanction ou restriction en vertu d'une résolution des Nations Unies ou en vertu des sanctions, lois ou embargos commerciaux et économiques de l'Union Européenne, du Royaume Uni ou des États-Unis d'Amérique.

PRESCRIPTION DES ACTIONS DÉRIVANT DU CONTRAT D'ASSURANCE

La prescription est le délai à l'expiration duquel une action ne peut plus être entreprise.

Toute action dérivant du présent contrat est prescrite dans un délai de 2 ans à compter de l'événement qui lui donne naissance (Art. L 114-1 et L. 114-2 du Code).

La prescription peut être interrompue par une des causes ordinaires d'interruption ainsi que dans les cas suivants :

- Désignation d'un expert après un sinistre ;
- Lettre recommandée avec avis de réception (au titre du paiement de votre cotisation* ou du règlement de l'indemnité) ;
- Citation en justice (même en référé), commandement ou saisie ;
- Toute cause d'interruption de droit commun de la prescription, ainsi que stipulées ci-dessous. Les dispositions relatives à la prescription des actions dérivant du contrat d'assurance sont fixées par les articles L.114-1 à L.114-3 du Code des assurances et les articles 2240 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. »

Article L.114-3 du Code des assurances : « Par ailleurs, la prescription est interrompue ou est suspendue contre celui qui est dans l'impossibilité d'agir par suite d'un empêchement résultant de la loi, de la convention ou de la force majeure.

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.»

TRIBUNAUX COMPÉTENTS – LOI APPLICABLE

Conformément à la réglementation en vigueur, le lieu de souscription du présent contrat d'assurance (correspondant au lieu de réception par l'assureur de votre acceptation de l'offre de souscription du produit d'assurance) est réputé situé en France.

À ce titre l'interprétation et l'exécution des Conditions Générales et Conditions Particulières sont régies par le Code des assurances français, sans préjudice de règles impératives plus protectrices du souscripteur qui pourraient être édictées par la loi du pays dans lequel il a sa résidence habituelle.

En cas de contestation née à l'occasion de l'interprétation ou de l'exécution du Contrat, les juridictions situées en France ou dans l'État membre de l'Union Européenne dans lequel est situé la résidence habituelle du souscripteur du contrat d'assurance seront seules compétentes pour trancher cette contestation.

AUTORITÉ DE CONTRÔLE

Inter Partner Assistance (AXA) est soumise en qualité d'entreprise d'assurance de droit belge au contrôle prudentiel de la Banque Nationale de Belgique située Boulevard de Berlaimont 14 – 1000 Bruxelles Belgique - TVA BE 0203.201.340 – RPM Bruxelles – (www.bnb.be). Les activités réalisées en France par Inter Partner Assistance (AXA) et Chapka Assurances (marque commerciale d'AON France) sont soumises au contrôle prudentiel de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), située 4, Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.

ANNEXE 1 : FICHE RELATIVE AU FONCTIONNEMENT DES GARANTIES « RESPONSABILITÉ CIVILE » DANS LE TEMPS

ANNEXE DE L'ARTICLE A. 112 DU CODE DES ASSURANCES

AVERTISSEMENT

La présente fiche d'information Vous est délivrée en application de l'article L. 112-2 du Code des assurances.

Elle a pour objet d'apporter les informations nécessaires à une bonne compréhension du fonctionnement de la garantie de Responsabilité civile dans le temps.

Elle concerne les contrats souscrits ou reconduits postérieurement à l'entrée en vigueur le 3 novembre 2003 de l'article 80 de la loi n° 2003-706. Les contrats souscrits antérieurement font l'objet de dispositions particulières précisées dans la même loi.

COMPRENDRE LES TERMES

FAIT DOMMAGEABLE

Fait, acte ou événement à l'origine des dommages subis par la victime et faisant l'objet d'une réclamation.

RÉCLAMATION

Mise en cause de votre responsabilité, soit par lettre ou tout autre support durable adressée à l'assuré ou à l'Assisteur, soit par assignation devant un tribunal civil ou administratif. Un même sinistre peut faire l'objet de plusieurs réclamations, soit d'une même victime, soit de plusieurs victimes.

PÉRIODE DE VALIDITÉ DE LA GARANTIE

Période comprise entre la date de prise d'effet de la garantie et, après d'éventuelles reconductions, sa date de résiliation ou d'expiration.

PÉRIODE SUBSÉQUENTE

Période se situant après la date de résiliation ou d'expiration de la garantie. Sa durée est précisée par le contrat. Elle ne peut être inférieure à 5 ans.

Si votre contrat garantit exclusivement votre responsabilité civile vie privée, reportez-Vous au I ci-après. Sinon, reportez-Vous au I et au II ci-après.

I – LE CONTRAT GARANTIT VOTRE RESPONSABILITÉ CIVILE VIE PRIVÉE

En dehors de toute activité professionnelle, la garantie est déclenchée par le fait dommageable.

AXA apporte sa garantie lorsqu'une réclamation consécutive à des dommages causés à autrui est formulée et que votre responsabilité ou celle des autres personnes garanties par le contrat est engagée, dès lors que le fait à l'origine de ces dommages est survenu entre la date de prise d'effet et la date de résiliation ou d'expiration de la garantie.

La déclaration de sinistre doit être adressée à l'Assisteur dont la garantie est ou était en cours de validité au moment où le fait dommageable s'est produit.

II – LE CONTRAT GARANTIT LA RESPONSABILITÉ CIVILE DU FAIT D'UNE ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE

Le contrat d'assurance doit préciser si la garantie est déclenchée par le « fait dommageable » ou si elle l'est par « la réclamation ». Lorsque le contrat contient à la fois des garanties couvrant votre responsabilité civile du fait d'activité professionnelle et des garanties couvrant votre Responsabilité civile « Vie Privée », ces dernières sont déclenchées par le fait dommageable (cf. I). Certains contrats, pour lesquels la loi prévoit des dispositions particulières dérogent cependant à cette disposition ; c'est le cas par exemple en matière d'assurance décennale obligatoire des activités de construction.

1 - COMMENT FONCTIONNE LE MODE DE DÉCLENCHEMENT « PAR LE FAIT DOMMAGEABLE » ?

L'Assisteur apporte sa garantie lorsqu'une réclamation consécutive à des dommages causés à autrui est formulée et que votre responsabilité ou celle des autres personnes garanties par le contrat est engagée, dès lors que le fait à l'origine de ces dommages est survenu entre la date de prise d'effet et la date de résiliation ou d'expiration de la garantie.

La déclaration de sinistre doit être adressée à l'Assisteur dont la garantie est ou était en cours de validité au moment où le fait dommageable s'est produit.

2 - COMMENT FONCTIONNE LE MODE DE DÉCLENCHEMENT « PAR LA RÉCLAMATION » ?

Quel que soit le cas, la garantie de l'Assisteur n'est pas due si l'assuré avait connaissance du fait dommageable au jour de la souscription de celle-ci.

2.1 Premier cas : la réclamation du tiers est adressée à l'assuré ou à l'Assisteur pendant la période de validité de la garantie souscrite.

L'Assisteur apporte sa garantie, même si le fait à l'origine du sinistre s'est produit avant la souscription de la garantie.

2.2 Second cas : la réclamation est adressée à l'assuré ou à l'Assisteur pendant la période subséquente.

Cas 2.2.1 : l'assuré n'a pas souscrit de nouvelle garantie de responsabilité déclenchée par la réclamation couvrant le même risque. L'Assisteur apporte sa garantie.

Cas 2.2.2 : l'assuré a souscrit une nouvelle garantie de responsabilité déclenchée par la réclamation auprès d'un nouvel Assisteur couvrant le même risque.

C'est la nouvelle garantie qui est mise en œuvre, sauf si l'assuré avait connaissance du fait dommageable au jour de la souscription de celle-ci, auquel cas, c'est la garantie précédente qui intervient.

Aussi, dès lors qu'il n'y a pas d'interruption entre deux garanties successives et que la réclamation est adressée à l'assuré ou à son Assisteur avant l'expiration du délai subséquent de la garantie initiale, l'un des deux Assisteurs est nécessairement compétent et prend en charge la réclamation.

Lorsque la garantie initiale est déclenchée pendant la période subséquente, le plafond de l'indemnisation ne peut être inférieur à celui de la garantie déclenchée pendant l'année précédant la date de sa résiliation ou de son expiration.

3. EN CAS DE CHANGEMENT D'ASSISTEUR

Si Vous avez changé d'Assisteur et si un sinistre, dont le fait dommageable est intervenu avant la souscription de votre nouveau contrat, n'est l'objet d'une réclamation qu'au cours de votre nouveau contrat, il faut déterminer l'Assisteur qui Vous indemnisera. Selon le type de contrats, l'ancien ou le nouvel Assisteur pourra être valablement saisi. Reportez-Vous aux cas types ci-dessous :

3.1. L'ANCIENNE ET LA NOUVELLE GARANTIE SONT DÉCLENCHÉES PAR LE FAIT DOMMAGEABLE

La garantie qui est activée par la réclamation est celle qui est ou était en cours de validité à la date de survenance du fait dommageable.

3.2. L'ANCIENNE ET LA NOUVELLE GARANTIE SONT DÉCLENCHÉES PAR LA RÉCLAMATION

Votre ancien Assisteur devra traiter la réclamation si Vous avez eu connaissance du fait dommageable avant la souscription de votre nouvelle garantie. Aucune garantie n'est due par votre ancien Assisteur si la réclamation Vous est adressée ou l'est à votre ancien Assisteur après l'expiration du délai subséquent.

Si Vous n'avez pas eu connaissance du fait dommageable avant la souscription de votre nouvelle garantie, c'est votre nouvel Assisteur qui accueillera votre réclamation.

3.3. L'ANCIENNE GARANTIE EST DÉCLENCHÉE PAR LE FAIT DOMMAGEABLE ET LA NOUVELLE GARANTIE EST DÉCLENCHÉE PAR LA RÉCLAMATION

Si le fait dommageable s'est produit pendant la période de validité de l'ancienne garantie, c'est l'ancien Assisteur qui doit traiter les réclamations portant sur les dommages qui résultent de ce fait dommageable.

Dans l'hypothèse où le montant de cette garantie serait insuffisant, la garantie nouvelle déclenchée par la réclamation sera alors amenée à compléter cette insuffisance pour autant que Vous n'ayez pas eu connaissance du fait dommageable avant la date de souscription de votre nouvelle garantie.

Si le fait dommageable s'est produit avant la prise d'effet de l'ancienne garantie et est demeuré inconnu de l'assuré à la date de souscription de la nouvelle garantie, c'est le nouvel Assisteur qui doit traiter les réclamations portant sur les dommages qui résultent de ce fait dommageable.

3.4. L'ANCIENNE GARANTIE EST DÉCLENCHÉE PAR LA RÉCLAMATION ET LA NOUVELLE GARANTIE EST DÉCLENCHÉE PAR LE FAIT DOMMAGEABLE

Si le fait dommageable s'est produit avant la date de souscription de la nouvelle garantie, c'est l'ancien Assisteur qui doit traiter les réclamations. Aucune garantie n'est due par votre ancien Assisteur si la réclamation est adressée à l'assuré ou à votre ancien Assisteur après l'expiration du délai subséquent.

Si le fait dommageable s'est produit pendant la période de validité de la nouvelle garantie, c'est bien entendu l'Assisteur de cette dernière qui doit traiter la réclamation.

4. EN CAS DE RÉCLAMATIONS MULTIPLES RELATIVES AU MÊME FAIT DOMMAGEABLE

Un même fait dommageable peut être à l'origine de dommages multiples qui interviennent ou se révèlent à des moments différents. Plusieurs réclamations ont alors vocation à être successivement adressées par les différents tiers concernés. Dans ce cas, le sinistre est considéré comme unique. En conséquence, c'est le même Assisteur qui prend en charge l'ensemble des réclamations.

Si le fait dommageable s'est produit alors que votre contrat était déclenché sur la base du fait dommageable, c'est donc votre Assisteur à la date où le fait dommageable s'est produit qui doit traiter les réclamations.

Si Vous n'étiez pas couvert sur la base du fait dommageable à la date du fait dommageable, l'Assisteur qui doit être désigné est celui qui est compétent, dans les conditions précisées aux paragraphes II-1, II-2 et II-3 ci-dessus, au moment de la formulation de la première réclamation.

Dès lors que cet Assisteur est compétent au titre de la première réclamation, les réclamations ultérieures seront alors traitées par ce même Assisteur quelle que soit la date à laquelle ces réclamations sont formulées, même si la période subséquente est dépassée.

CAP WORKING HOLIDAY

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.

INTER PARTNER ASSISTANCE, société anonyme de droit belge au capital de 180 702 613 euros, entreprise d'assurance agréée par la Banque Nationale de Belgique (BNB) sous le numéro 0487, immatriculée au Registre des Personnes Morales de Bruxelles sous le numéro 415 591 055 dont le siège social est situé 7 boulevard du Régent, 1000 Brussels – Belgique.