



**CAP W.H.VISA  
EN FRANCE**



## SOMMAIRE

### **QUE FAIRE EN CAS DE SINISTRE ?**

page 2

### **TABLEAUX DES GARANTIES**

page 3

### **GARANTIE ASSISTANCE RAPATRIEMENT ET ASSURANCE VOYAGE**

page 5

Contrat EUROP ASSISTANCE N°58 224 454 - Disposition Générales

- ⤷ Assistance et rapatriement 7j/7 24h/24
- ⤷ Assurance bagages et retard d'avion
- ⤷ Responsabilité civile vie privée
- ⤷ Assurance individuelle accident

### **GARANTIE FRAIS MÉDICAUX EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER**

page 17

Contrat QUATREM n° 0027921 00000 006 Notice d'Information

- ⤷ Frais médicaux hors hospitalisation
- ⤷ Hospitalisation



# CAP W.H.VISA EN FRANCE



malakoff médéric



## QUE FAIRE EN CAS DE SINISTRE ?

### BESOIN D'ASSISTANCE ?

#### HOSPITALISATION GRAVE, RETOUR ANTICIPÉ, RAPATRIEMENT

##### Indiquez-nous :

- Vos nom(s) et prénom(s),
- Vos coordonnées (adresse, n° de téléphone),
- Votre numéro d'adhésion
- Le numéro de police **58224454**



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

**+33 (0)1.41.85.93.16**

### REMBOURSEMENT DES FRAIS MÉDICAUX ?

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

- N° de Police : **0027921 00000 006**
- Copie de votre visa working holiday
- RIB
- Factures des soins réglés
- Prescriptions médicales
- Le questionnaire médical complété par le professionnel de santé (reçu lors de la souscription)
- Rapport de police en cas d'accident
- Rapport de l'hôpital en cas d'hospitalisation

Pour les Frais médicaux < 500 €, scannez les factures et envoyez-les par email à :



**chapka@medical-administrators.com**

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

**Chapka Assurances / MAI  
39 rue Anatole France  
92532 Levallois Perret Cedex**



**Tel : +33 (0)1 84 79 08 82**

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

### LES AUTRES GARANTIES DU CONTRAT (BAGAGES, RC, INDIVIDUELLE ACCIDENT)

#### DÉCLARATION EN LIGNE

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

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

Déclarez votre sinistre et téléchargez les documents sur :



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

Conservez bien les originaux, ils peuvent vous être demandés



# CAP W.H.VISA EN FRANCE



malakoff médéric



## TABLEAU DES GARANTIES

### FRAIS MÉDICAUX & HOSPITALISATION CONTRAT QUATREM N°0027921 00000 006

L'HOSPITALISATION DE PLUS DE 24 HEURES ET L'ACCOUCHEMENT SONT SOUMIS A L'ENTENTE PREALABLE DE L'ASSUREUR

ACTE	PLAFOND
<b>HOSPITALISATION ET MÉDECINE DE VILLE</b>	
Hospitalisation (hors maternité) et médecine de ville	50 000€ pour la durée de l'adhésion
<b>HOSPITALISATION</b>	
Frais de séjour, honoraires, autres frais médicaux, transport en ambulance	100 % des frais réels sous déduction d'une franchise de 20 euros <u>par acte</u>
Forfait hospitalier	30 Euros <u>par jour d'hospitalisation</u> du 4 <sup>ème</sup> au 30 <sup>ème</sup> jour consécutif d'hospitalisation <u>et une fois pendant la validité de l'adhésion</u>
Maternité : Soins relatifs à la grossesse, accouchement par voie basse ou césarienne sous réserve des dispositions de l'article 3.3.3 (Date d'effet, durée des garanties)	75 % des frais réels et de 10 000 euros pour la durée de l'adhésion
<b>MEDICINE DE VILLE (HORS HOSPITALISATION)</b>	
Consultations médicales Visites médicales Auxiliaires médicaux ( <b>hors kinésithérapie</b> ) Analyses médicales Actes techniques médicaux Imagerie médicale, Médicaments ( <b>sauf vaccins, moyens de contraception</b> )	100 % des frais réels sous déduction d'une franchise de 20 euros <u>par acte</u>
Kinésithérapie	75% des frais réels <u>et de 10 séances maximum pour la durée de l'adhésion</u>
<b>FRAIS DENTAIRES</b>	
Pansements, obturation, dévitalisation ou extraction	100 % des frais réel et de 200 euros <u>pour la durée de l'adhésion</u> sous déduction d'une franchise de 20 euros <u>par acte</u>

## ASSISTANCE 24H/24

CONTRAT EUROP ASSISTANCE N° 58 224 454

### PRISE D'EFFET ET DURÉE DES PRESTATIONS ET GARANTIES

PRESTATIONS	DATE D'EFFET	EXPIRATION DES PRESTATIONS
GARANTIES	Le jour du départ	Le jour du retour du séjour <b>ATTENTION, dans tous les cas, nos garanties cesseront automatiquement au bout de 12 mois après le jour du départ (sauf Dispositions Spéciales).</b>

#### PRESTATIONS D'ASSISTANCE

#### MONTANTS TTC\*/PERSONNE

##### ASSISTANCE AUX PERSONNES EN CAS DE MALADIE OU BLESSURE

Transport/Rapatriement	Frais réels
Présence hospitalisation	Billet AR + 80 € /nuit (max 10 nuits)
Retour anticipé en cas d'hospitalisation d'un membre de la famille	Billet Aller / Retour

##### ASSISTANCE EN CAS DE DECÈS

Transport de corps	Frais réels
Frais de cercueil ou d'urne	2 000 €
Retour anticipé en cas de décès d'un membre de la famille	Billet Aller / Retour

##### ASSISTANCE VOYAGE

Frais de recherche et de secours en mer, en montagne et dans le désert	5 000 €
--	---------

\* Taux applicable selon la législation en vigueur

#### GARANTIES D'ASSURANCE

#### MONTANTS TTC\*/PERSONNE

##### BAGAGES ET EFFETS PERSONNELS :

Vol, destruction totale ou partielle, perte pendant l'acheminement par une entreprise de transport	1 000 €
Franchise	30 €

**Objets précieux : limités à 50 % du montant de la garantie**

##### RESPONSABILITE CIVILE VIE PRIVEE EN FRANCE

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

##### INDIVIDUELLE ACCIDENT DE VOYAGE :

Capital Décès	15 000 €
Capital Invalidité	50 000 €

\* Taux applicable selon la législation en vigueur



# CAP W.H.VISA EN FRANCE

NUMÉRO DE CONTRAT N° 58.224.454



## GENERALITES ASSURANCE ET ASSISTANCE

### QUELQUES CONSEILS

#### AVANT DE PARTIR A L'ETRANGER

- Pensez à vous munir de formulaires adaptés à la durée et à la nature de votre voyage ainsi qu'au pays dans lequel vous vous rendez (il existe une législation spécifique pour l'Espace économique européen). Ces différents formulaires sont délivrés par la Caisse d'Assurance Maladie à laquelle vous êtes affilié(e) afin de bénéficier, en cas de maladie ou d'accident, d'une prise en charge directe de vos frais médicaux par cet organisme.

- Si vous vous déplacez dans un pays qui ne fait pas partie de l'Union Européenne et de l'Espace économique européen (EEE), vous devez vous renseigner, avant votre départ, pour vérifier si ce pays a conclu un accord de Sécurité sociale avec la France. Pour ce faire, vous devez consulter votre Caisse d'Assurance Maladie pour savoir si vous entrez dans le champ d'application de ladite convention et si vous avez des formalités à accomplir (retrait d'un formulaire, etc.).

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

- Si vous êtes sous traitement, n'oubliez pas d'emporter vos médicaments et renseignez-vous sur les conditions de transport de ceux-ci en fonction de vos moyens de transport et de votre destination.

- Dans la mesure où nous ne pouvons nous substituer aux secours d'urgence, nous vous conseillons, particulièrement si vous pratiquez une activité physique ou motrice à risque, ou si vous vous déplacez dans une zone isolée, de vous assurer au préalable qu'un dispositif de secours d'urgence a été mis en place par les autorités compétentes du pays concerné pour répondre à une éventuelle demande de secours.

- En cas de perte ou de vol de vos clés, il peut être important d'en connaître les numéros. Prenez la précaution de noter ces références.

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

#### SUR PLACE

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

#### ATTENTION

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

### 1. OBJET DU CONTRAT

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

Ce contrat est régi par le Code des Assurances et présenté par Chapka Assurance, Société de courtage d'assurances au capital de 80 000 euros, immatriculée sous le numéro B 441 201 035 au R.C.S PARIS, dont le Siège social est : 56, rue Laffitte, 75509 Paris, immatriculation ORIAS n° 07.002.147 ([www.orias.fr](http://www.orias.fr)).

### 2. DEFINITIONS

#### A. DEFINITIONS COMMUNES A L'ASSURANCE ET A L'ASSISTANCE

Au sens du présent contrat, on entend par :

##### ACCIDENT (DE LA PERSONNE)

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

##### ASSURÉ

Sont considérés comme Assurés :

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

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

##### ASSUREUR / ASSISTEUR

Les garanties d'assurance et prestations d'assistance sont garanties et mises en œuvre par EUROP ASSISTANCE, Entreprise régie par le Code des Assurances, Société Anonyme au capital de 35 402 786 €, 451 366 405 RCS Nanterre, dont le siège social se situe 1, promenade de la Bonnette, 92230 Gennevilliers.

Agissant par l'intermédiaire de sa succursale irlandaise, dont le nom commercial est « EUROP ASSISTANCE SA IRISH BRANCH » et dont le principal établissement est situé au 4th Floor, 4-8 Eden Quay, Dublin 1, N5W8, Ireland, enregistré en Irlande sous le certificat n° 907 089.

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

## DISPOSITIONS SPECIALES

Les présentes Dispositions Générales peuvent, sous réserve d'accord de l'Assureur, être complétées par des Dispositions Spéciales étendant la durée de garantie à 14 mois.

## DOMICILE

Est considéré comme Domicile votre lieu principal et habituel d'habitation figurant comme domicile sur votre avis d'imposition sur le revenu. Il est situé dans le monde entier.

## ETRANGER

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

## EVENEMENT

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

## FRANCE

Le terme France signifie la France métropolitaine et la Principauté de Monaco.

## FRANCHISE

Partie du montant des frais restant à votre charge.

## HOSPITALISATION

Toute admission d'un Assuré justifiée par un bulletin d'hospitalisation dans un centre hospitalier (hôpital ou clinique) prescrite par un médecin, consécutive à une Maladie ou à un Accident et comportant au moins une nuit sur place.

## IMMOBILISATION

Incapacité (totale ou partielle) physique à se déplacer constatée par un médecin, faisant suite à une Maladie ou à un Accident, et nécessitant le repos sur place. Elle devra être justifiée par un certificat médical ou selon l'Assuré concerné, par un arrêt de travail circonstancié.

## MALADIE GRAVE

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

## MEMBRE DE LA FAMILLE

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

## PAYS D'ACCUEIL

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

## SÉJOUR

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

## SINISTRE

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

## SOUSCRIPTEUR

L'association Alliance des Voyageurs à l'étranger et Expatriés (AVEE), dont le siège social est situé 56 rue Laffitte, 75009 Paris, déclarée en préfecture, ayant souscrit au contrat d'assistance

Working Holiday Visa auprès de Chapka Assurances pour le compte de ses membres (ci-avant les Assurés), personnes physiques majeures.

## B. DEFINITIONS SPECIFIQUES A L'ASSURANCE

Au sens du présent contrat, on entend par :

### EVENEMENT MAJEUR A DESTINATION

Trois causes peuvent, au sens du présent contrat, être susceptibles de constituer un Evénement majeur :

- des événements climatiques majeurs en intensité répondant aux conditions cumulatives suivantes : événements climatiques tels les inondations par débordements de cours d'eau, inondations par ruissellement, inondations et chocs mécaniques liés à l'action des vagues, inondations dues aux submersions marines, coulées de boues et laves torrentielles, raz de marée, tremblements de terre, séismes, éruptions volcaniques, vents cycloniques, tempêtes présentant une intensité anormale et ayant donné lieu à un arrêté de Catastrophes naturelles s'il est survenu en France, ou ayant occasionné des dégâts matériels et/ou humains de grande ampleur s'il est survenu à l'Etranger,
- des événements sanitaires majeurs dans le pays ou la zone de destination recensés par l'Organisation Mondiale de la Santé et entraînant un risque pandémique ou épidémique,
- des événements politiques majeurs en intensité et durée entraînant soit des perturbations graves de l'ordre intérieur établi au sein d'un Etat soit des conflits armés entre plusieurs Etats ou au sein d'un même Etat entre groupes armés. Sont visés les zones ou pays formellement déconseillés par le Ministère des Affaires étrangères et européennes français.

### TIERS

Toute personne physique ou morale à l'exclusion de :

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

### USURE

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

### VETUSTÉ

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

## 3. QUELLE EST LA NATURE DES DEPLACEMENTS COUVERTS ?

Les déplacements effectués en France dans le cadre du programme « Working Holiday Visa » dont la durée n'excède pas 12 mois consécutifs, sauf dérogation (**cf Dispositions Spéciales**).

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

## 4. QUELLE EST LA COUVERTURE GEOGRAPHIQUE DU CONTRAT ?

Les garanties d'assurance et les prestations d'assistance s'appliquent :

- en France lors du séjour, y compris lors des activités professionnelles,
- dans le monde entier, en tant que touriste y compris en cas de retour dans le pays d'origine pour les vacances

(maximum 30 jours).

**EXCLUSIONS** : de manière générale, sont exclus les pays en état de guerre civile ou étrangère, d'instabilité politique notoire, ou subissant des mouvements populaires, émeutes, actes de terrorisme, représailles, restriction à la libre circulation des personnes et des biens (quel qu'en soit le motif, notamment sanitaire, de sécurité, météorologique, etc.) ou désintégration du noyau atomique ou toute irradiation provenant d'une source d'énergie présentant un caractère de radioactivité.

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

## 5. COMMENT UTILISER NOS SERVICES ?

### A. VOUS AVEZ BESOIN D'ASSISTANCE

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

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

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

Nous vous demanderons les informations suivantes :

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

Vous devez impérativement :

- nous appeler sans attendre au n° de téléphone : 01 41 85 93 16 (depuis l'étranger le +33 1 41 85 93 16), télécopie : 01 41 85 85 71 (+33 1 41 85 85 71 depuis l'étranger).
- **obtenir notre accord préalable avant de prendre toute initiative ou d'engager toute dépense,**
- vous conformer aux solutions que nous préconisons,
- nous fournir tous les éléments relatifs au contrat souscrit,
- nous fournir tous les justificatifs originaux des dépenses dont le remboursement est demandé.

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

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

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

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

### C. VOUS SOUHAITEZ DECLARER UN SINISTRE COUVERT AU TITRE DE LA (DES) GARANTIE(S) D'ASSURANCE :

Dans les 2 jours ouvrés, à partir du moment où vous avez connaissance du Sinistre pour la garantie « BAGAGES ET EFFETS PERSONNELS » en cas de vol, et dans les 5 jours dans tous les autres cas, vous ou toute personne agissant en votre nom, devez déclarer votre sinistre en ligne sur notre site :

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



**CHAPKA ASSURANCES**

Tel : +33 1 74 85 50 50

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

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

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

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

### D. CUMUL DE GARANTIES

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

### E. FAUSSES DECLARATIONS

Lorsqu'elles changent l'objet du risque ou en diminuent notre opinion :

- toute réticence ou déclaration intentionnellement fautive de votre part entraîne la nullité du contrat. Les primes payées nous demeurent acquises et nous serons en droit d'exiger le paiement des primes échues, tel que prévu à l'article L 113-8 du Code des Assurances,
- toute omission ou déclaration inexacte de votre part dont la mauvaise foi n'est pas établie entraîne la résiliation du contrat 10 jours après la notification qui vous sera adressée par lettre recommandée et/ou l'application de la réduction des indemnités conformément à l'article L 113-9 du Code des Assurances.

### F. DECHEANCE DE GARANTIE ET DE PRESTATION POUR DECLARATION FRAUDULEUSE

En cas de Sinistre ou demande d'intervention au titre des garanties d'assurance et/ou des prestations d'assistance (prévues aux présentes Dispositions Générales), si sciemment, vous utilisez comme justificatifs, des documents inexacts ou usez de moyens frauduleux ou faites des déclarations inexactes ou réticentes, vous serez déchu(e) de tout droit aux garanties d'assurance et aux prestations d'assistance, prévues aux présentes Dispositions Générales, pour lesquelles ces déclarations sont requises.



## 6. QUE DEVEZ-VOUS FAIRE DE VOS TITRES DE TRANSPORT ?

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

### BAGAGES ET EFFETS PERSONNELS

#### 1. CE QUE NOUS GARANTISSONS

Nous garantissons, dans les limites indiquées au Tableau des Montants de Garanties, vos bagages, objets et effets personnels, hors de votre Domicile ou de votre lieu d'hébergement contre :

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

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

#### 2. LIMITATION DE REMBOURSEMENT POUR CERTAINS OBJETS

Pour les objets précieux, perles, bijoux et montres portés, fourrures, ainsi que pour tout appareil de reproduction du son et/ou de l'image et leurs accessoires, fusils de chasse, portables informatiques, la valeur de remboursement ne pourra en aucun cas excéder 50 % du montant d'assurance garanti indiqué au Tableau des Montants de Garanties.

En outre, les objets énumérés ci-dessus ne sont garantis que contre le vol.

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 clé et à l'abri de tout regard. Seul le vol par effraction est couvert.

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

#### 3. CE QUE NOUS EXCLUONS

Outre les exclusions générales applicables au contrat et figurant au paragraphe « QUELLES SONT LES EXCLUSIONS GÉNÉRALES APPLICABLES AU CONTRAT ? » du chapitre « CADRE DU CONTRAT », sont exclus :

- le vol des bagages, effets et objets personnels laissés sans surveillance dans un lieu public ou entreposés dans un local mis à la disposition commune de plusieurs personnes,

- l'oubli, la perte (sauf par une entreprise de transport), l'échange,
- le vol sans effraction dûment constatée et verbalisée par une autorité (police, gendarmerie, compagnie de transport, commissaire de bord, etc.),
- le vol commis par votre personnel durant l'exercice de ses fonctions,
- les dommages accidentels dus au coulage des liquides, de matières grasses, colorantes ou corrosives et contenus dans vos bagages,
- la confiscation des biens par les autorités (douane, police),
- les dommages occasionnés par les mites et/ou rongeurs ainsi que par les brûlures de cigarettes ou par une source de chaleur non incandescente,
- le vol commis dans une voiture décapotable et/ou break ou autre véhicule ne comportant pas un coffre, la garantie reste acquise à la condition de l'utilisation du couvre bagage livré avec le véhicule,
- les collections, échantillons de représentants de commerce,
- le vol, la perte, l'oubli ou la détérioration des espèces, documents, livres, passeports, pièces d'identité, titre de transport et cartes de crédit,
- le vol des bijoux lorsqu'ils n'ont pas été placés dans un coffre fermé à clé ou qu'ils ne sont pas portés,
- le bris des objets fragiles tels qu'objets en porcelaine, verre, ivoire, poterie, marbre,
- les dommages indirects tels que dépréciation et privation de jouissance,
- les objets désignés ci-après : toute prothèse, appareillage de toute nature, les vélos, les remorques, les titres de valeur, les tableaux, les lunettes, les lentilles de contact, les clés de toutes sortes (sauf celles du Domicile), les documents enregistrés sur bandes ou films ainsi que le matériel professionnel, les téléphones portables et smartphones, les drones, les CD, les DVD, tout matériel multimédia (MP3, MP4, PDA, etc.), les GPS, les articles de sport, les instruments de musique, les produits cosmétiques et alimentaires, les briquets, les stylos, les cigarettes, les alcools, les objets d'art, les cannes à pêche, les produits de beauté, les pellicules photos et les objets achetés au cours de votre voyage.

#### 4. POUR QUEL MONTANT INTERVENONS-NOUS ?

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

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

#### 5. COMMENT VOTRE INDEMNITE EST-ELLE CALCULEE ?

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

En aucun cas, il ne sera fait application de la règle proportionnelle prévue à l'article L 121-5 du Code des Assurances.



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

Votre déclaration de sinistre devra être accompagnée des éléments suivants :

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

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

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

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

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

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

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

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

## INDIVIDUELLE ACCIDENT DE VOYAGE

### 1. CE QUE NOUS GARANTISSONS

Nous garantissons le paiement des indemnités prévues au Tableau des Montants de Garanties en cas d'accident corporel pouvant atteindre l'Assuré pendant la durée du voyage.

### 2. POUR QUEL MONTANT INTERVENONS-NOUS ?

Nous intervenons pour le montant indiqué au Tableau des Montants de Garanties dans les cas suivants :

Pour les Assurés majeurs :

- décès : le capital indiqué au Tableau des Montants de Garanties est payable aux bénéficiaires que vous aurez désignés aux Dispositions Particulières ou, à défaut, à vos ayants droit.
- invalidité permanente partielle : vous recevrez un capital dont le montant sera calculé en appliquant à la somme indiquée au Tableau des Montants de Garanties en cas d'invalidité permanente totale, votre taux d'incapacité permanente partielle, déterminé en fonction du barème figurant ci-après.

Il est précisé que seules les invalidités supérieures à 10 % sont indemnisées au titre du présent contrat.

Pour les Assurés mineurs :

- décès de l'enfant : nous vous indemnisons des frais d'obsèques engagés dans la limite du montant prévu au Tableau des Montants de Garanties, et sur présentation de la facture originale émise par le prestataire funéraire,
- invalidité de l'enfant : nous versons une indemnité dont le montant sera calculé en appliquant à la somme indiquée au Tableau des Montants de Garanties en cas d'invalidité permanente totale, le taux d'incapacité permanente partielle de l'enfant Assuré, déterminé en fonction du barème figurant ci-après.

## 3. BAREME D'INVALIDITE

PERTE COMPLÈTE :	DROIT	GAUCHE
du bras	70%	60%
de l'avant-bras ou main	60%	50%
du pouce	20%	17%
de l'index	12%	10%
du majeur	6%	5%
de l'annulaire	5%	4%
de l'auriculaire	4%	3%
de la cuisse	55%	
de la jambe	40%	
de deux membres	100%	
du pied	40%	
du gros orteil	8%	
des autres orteils	3%	
des deux yeux	100%	
de l'acuité visuelle ou d'un œil	25%	
Surdité complète, incurable et non appareillable	60%	
Surdité complète, incurable et non appareillable d'une oreille	10%	
Aliénation mentale totale et incurable	100%	

### NON CUMUL DES INDEMNITÉS :

Il n'y a pas de cumul des garanties décès et invalidité permanente totale lorsqu'elles résultent des suites du même événement garanti.

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

#### 4. DEFINITION DE LA PERTE

Par perte, on entend l'amputation complète ou la paralysie complète du membre considéré ou l'ankylose de toutes les articulations.

#### 5. CE QUE NOUS EXCLUONS

Outre les exclusions générales applicables au contrat et figurant au paragraphe « QUELLES SONT LES EXCLUSIONS GÉNÉRALES APPLICABLES AU CONTRAT ? » du chapitre « CADRE DU CONTRAT », sont exclus :

- les accidents causés par : la cécité, la paralysie, les maladies mentales, ainsi que toutes les maladies ou infirmités existantes au moment de la souscription du contrat,
- les accidents résultant de la pratique de certains sports tels que : varappe, alpinisme, luge de compétition, parachutisme et tout sport aérien, y compris cerf-volant ou tout engin analogue, spéléologie, ainsi que ceux résultant d'un entraînement ou d'une participation à des compétitions sportives,
- les accidents causés par l'usage d'un cycle à moteur d'une cylindrée supérieure à 125 cm<sup>3</sup> en tant que conducteur ou passager,
- les accidents causés par une société de transport non agréée pour le transport public de personnes.
- les accidents résultant de la pratique de la plongée sous-marine (avec ou sans appareillage) lorsque l'activité est pratiquée à plus de 10 km d'une structure médicale disposant de caisson hyperbare
- les accidents résultant de la pratique de la plongée sous-marine (avec ou sans appareillage) lorsque l'activité est pratiquée sans l'encadrement d'un moniteur ayant la qualification requise

#### 6. COMMENT L'INDEMNITE EST-ELLE CALCULÉE ?

Le montant de l'indemnité ne peut être fixé qu'après consolidation, c'est-à-dire après la date à partir de laquelle les suites de l'Accident sont stabilisées.

Le taux définitif après un Accident qui atteindrait un membre ou un organe déjà lésé sera égal à la différence entre le taux déterminé à partir du tableau et de ses conditions d'application et le taux antérieur à l'Accident.

Si vous êtes victime d'une infirmité ne figurant pas dans le tableau « Barème d'invalidité » ci-avant, nous déterminons le taux d'incapacité correspondant en comparant sa gravité à celle des cas prévus dans ledit tableau, sans que l'activité professionnelle de la victime ne puisse être prise en compte pour déterminer la gravité de l'infirmité.

S'il est médicalement établi que l'Assuré est gaucher, le taux d'incapacité prévu pour le membre supérieur droit s'applique au membre supérieur gauche et inversement.

Si l'Accident entraîne plusieurs lésions, le taux d'incapacité utilisé pour le calcul de la somme que nous verserons sera calculé en appliquant au taux du barème ci-dessus la méthode retenue pour la détermination du taux d'incapacité en cas d'accident du travail sans que le taux global ne puisse excéder 100 %.

L'application du barème ci-avant suppose dans tous les cas que les conséquences de l'Accident ne soient pas aggravées par l'action d'une maladie ou d'une infirmité antérieure et que la victime ait suivi un traitement médical adapté. S'il en était autrement, le taux serait déterminé compte tenu des conséquences qu'aurait eu l'Accident sur une personne se trouvant dans un état physique normal et ayant suivi un traitement rationnel.

#### 7. QUELLES SONT VOS OBLIGATIONS EN CAS DE SINISTRE ?

Votre déclaration de sinistre devra être accompagnée des éléments suivants :

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

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

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

En cas de divergence, un 3<sup>e</sup> expert sera nommé, soit d'un commun accord, soit par le Président du Tribunal de Grande Instance de votre lieu de résidence.

### RESPONSABILITE CIVILE VIE PRIVEE EN FRANCE (DEUXIÈME LIGNE)

#### 1. CE QUE NOUS GARANTISSONS

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

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

La garantie est mise en jeu dans les conditions suivantes :

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

Cette garantie n'intervient qu'après épuisement de toutes les assurances en vigueur existantes, souscrites par l'assuré ou dont il bénéficie.

Par conséquent, tout dossier sinistre devra être soumis par l'Assuré en premier lieu à la/aux compagnie(s) d'assurance concernées.

## 2. CE QUE NOUS EXCLUONS

Outre les exclusions générales applicables au contrat et figurant au paragraphe « QUELLES SONT LES EXCLUSIONS GÉNÉRALES APPLICABLES AU CONTRAT ? » du chapitre « CADRE DU CONTRAT », sont exclus :

- les dommages que vous avez causés ou provoqués intentionnellement en tant que personne physique ou en tant que dirigeant de droit ou de fait de l'entreprise si vous êtes une personne morale,
- les dommages résultant de l'usage de véhicules à moteur, ou de tout appareil de navigation aérienne, maritime ou fluviale, ou de la pratique de sports aériens,
- les dommages matériels survenus sur tout véhicule terrestre à moteur ou sur tout appareil de navigation aérienne, fluviale ou maritime,
- les dommages résultant de la pratique de la chasse,
- les dommages résultant de toute activité professionnelle,
- les conséquences de tout sinistre matériel ou corporel vous atteignant ainsi que votre conjoint, vos ascendants ou descendant,
- les dommages immatériels sauf lorsqu'ils sont la conséquence de dommages matériels ou corporels garantis, auquel cas leur prise en charge est comprise telle qu'elle figure dans le plafond prévu au Tableau des Montants de Garanties,
- toutes dispositions prises à votre initiative sans notre accord préalable,
- les accidents résultant de la pratique des sports suivants : bobsleigh, varappe, skeleton, alpinisme, luge de compétition, tout sport aérien, ainsi que ceux résultant d'une participation ou d'un entraînement à des matchs ou compétitions.
- les amendes ainsi que toutes condamnations pécuniaires prononcées à titre de sanctions et ne constituant pas la réparation directe d'un dommage corporel ou matériel (tels que dommages punitifs ou exemplaires).
- les dommages matériels occasionnés par l'Assuré(e) aux ordinateurs portables, téléphones portables et tablettes.
- Les dommages causés aux biens qui sont confiés, loués ou prêtés à l'assuré

## 3. TRANSACTION - RECONNAISSANCE DE RESPONSABILITÉ

Aucune reconnaissance de responsabilité, aucune transaction que vous auriez acceptée sans notre accord ne nous est opposable. Toutefois, l'acceptation de la matérialité des faits n'est pas considérée comme une reconnaissance de responsabilité, non plus que le seul fait d'avoir procuré à une victime un secours urgent, lorsqu'il s'agit d'un acte d'assistance que toute personne a le droit d'accomplir.

## 4. PROCÉDURE

En cas d'action dirigée contre vous, nous assurons votre défense et dirigeons le procès pour les faits et dommages rentrant dans le cadre des garanties du présent contrat.

Toutefois, vous pouvez vous associer à notre action dès lors que vous pouvez justifier d'un intérêt propre non pris en charge au titre du présent contrat.

Le fait de pourvoir à titre conservatoire à votre défense ne peut être interprété comme une reconnaissance de garantie et n'implique en aucune façon que nous acceptions de prendre en charge des dommages qui ne seraient pas garantis par le présent contrat.

Nous conservons néanmoins, dans ce cas, le droit d'exercer contre vous une action en remboursement pour toutes les sommes que nous aurons payées ou mises en réserve à votre place.

## 5. RECOURS

En ce qui concerne les voies de recours :

- devant les juridictions civiles, commerciales ou administratives, nous en avons le libre exercice dans le cadre des garanties du présent contrat,
- devant les juridictions pénales, les voies de recours ne peuvent être exercées qu'avec votre accord,
- si le litige ne concerne plus que des intérêts civils, le refus de donner votre accord pour l'exercice de la voie de recours envisagée entraîne le droit pour nous de vous réclamer une indemnité égale au préjudice qui en sera résulté pour nous.

Vous ne pouvez-vous opposer à l'exercice de notre recours contre un tiers responsable si celui-ci est garanti par un autre contrat d'assurance.

## 6. INOPPOSABILITE DES DÉCHEANCES

Même si vous manquez à vos obligations après Sinistre, nous sommes tenus d'indemniser les personnes envers lesquelles vous êtes responsable.

Nous conservons néanmoins, dans ce cas, le droit d'exercer contre vous une action en remboursement pour toutes les sommes que nous aurons payées ou mises en réserve à votre place.

## 7. FRAIS DE PROCÈS

Nous prenons en charge les frais de procès, de quittance et autre frais de règlement. Toutefois, si vous êtes condamné(e) pour un montant supérieur à celui de la garantie, chacun d'entre nous supporte ces frais dans la proportion des parts respectives dans la condamnation.

## ASSISTANCE

PRESTATIONS D'ASSISTANCE : CE QUE NOUS GARANTISSONS

Vous devez obtenir notre accord préalable avant de prendre toute initiative ou d'engager toute dépense ; Tout refus d'application des décisions prises par EUROP ASSISTANCE met fin à la présente garantie.

ASSISTANCE AUX PERSONNES EN CAS DE MALADIE OU DE BLESSURE AU COURS DU SEJOUR

### 1. TRANSPORT/RAPATRIEMENT

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

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

- soit votre retour à votre Domicile,

- soit votre transport, le cas échéant sous surveillance médicale, vers un service hospitalier approprié proche de votre Domicile,

par véhicule sanitaire léger, par ambulance, par train (place assise en 1<sup>re</sup> classe, couchette 1<sup>re</sup> classe ou wagon-lit), par avion de ligne ou par avion sanitaire.

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

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

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

### IMPORTANT

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

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

## 2. PRÉSENCE HOSPITALISATION

Lorsque vous êtes seul(e) et hospitalisé(e) sur le lieu de votre Maladie ou de votre Accident, et que nos médecins jugent à partir des informations communiquées par les médecins locaux que votre retour ne peut se faire avant 7 jours, nous organisons et prenons en charge le voyage aller-retour depuis votre pays de Domicile, par train 1<sup>re</sup> classe ou par avion classe économique d'une personne de votre choix afin qu'elle se rende à votre chevet.

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

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

## 3. RETOUR ANTICIPÉ EN CAS D'HOSPITALISATION D'UN MEMBRE DE LA FAMILLE

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

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

Sous réserves que les conditions suivantes soient respectées :

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

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

- Votre billet retour est commandé au même moment que votre billet aller

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

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

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

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

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

## ASSISTANCE EN CAS DE DECÈS

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

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

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

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

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

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

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

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

Sous réserves que les conditions suivantes soient respectées :

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

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

- Votre billet retour est commandé au même moment que votre billet aller

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

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

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

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

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

## ASSISTANCE VOYAGE

### FRAIS DE RECHERCHE ET DE SECOURS

FRAIS DE RECHERCHE ET DE SECOURS EN MER, EN MONTAGNE ET DANS LE DESERT

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

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

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

### CE QUE NOUS EXCLUONS

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

Outre les exclusions générales applicables au contrat et figurant au paragraphe « QUELLES SONT LES EXCLUSIONS GÉNÉRALES APPLICABLES AU CONTRAT ? » du chapitre « CADRE DU CONTRAT », sont exclus :

- les conséquences de l'exposition à des agents biologiques infectants diffusés de façon intentionnelle ou accidentelle, à des agents chimiques type gaz de combat, à des agents incapacitants, à des agents neurotoxiques ou à effets neurotoxiques rémanents,
- les conséquences d'actes intentionnels de votre part ou les conséquences d'actes dolosifs, de tentatives de suicide ou suicides,
- les états de santé et/ou maladies et/ou blessures préexistants diagnostiqués et/ou traités ayant fait l'objet d'une hospitalisation continue, d'une hospitalisation de jour ou d'une hospitalisation ambulatoire dans les 6 mois précédant toute demande, qu'il s'agisse de la manifestation ou de l'aggravation dudit état,
- les frais engagés sans notre accord ou non expressément prévus par les présentes Dispositions Générales du contrat,
- les frais non justifiés par des documents originaux,
- les sinistres survenus dans les pays exclus de la garantie ou en dehors des dates de validité du contrat, et notamment au-delà de la durée du voyage prévu à l'Etranger,
- les conséquences des incidents survenus au cours d'épreuves, courses, ou compétitions motorisées (ou leurs essais), soumises par la réglementation en vigueur à l'autorisation préalable des pouvoirs publics, lorsque vous y participez en tant que concurrent, ou au cours d'essais sur circuit soumis à homologation préalable des pouvoirs publics, et ce, même si vous utilisez votre propre véhicule,

- les voyages entrepris dans un but de diagnostic et/ou de traitement médical ou d'intervention de chirurgie esthétique, leurs conséquences et les frais en découlant,
- l'organisation et la prise en charge du transport visé au chapitre « TRANSPORT/RAPATRIEMENT » pour des affections bénignes qui peuvent être traitées sur place et qui ne vous empêchent pas de poursuivre votre voyage,
- les demandes d'assistance se rapportant à la procréation médicalement assistée ou à l'interruption volontaire de grossesse, leurs conséquences et les frais en découlant,
- les demandes relatives à la procréation ou la gestation pour le compte d'autrui, ses conséquences et les frais en découlant,
- les appareillages médicaux et les prothèses (dentaires, auditives, médicales),
- les cures thermales, leurs conséquences et les frais en découlant,
- les frais médicaux engagés dans votre pays de Domicile,
- les hospitalisations prévues, leurs conséquences et les frais en découlant,
- les frais d'optique (lunettes et verres de contact par exemple),
- les vaccins et frais de vaccination,
- les visites médicales de contrôle, leurs conséquences et les frais s'y rapportant,
- les interventions à caractère esthétique, ainsi que leurs éventuelles conséquences et les frais en découlant,
- les séjours dans une maison de repos, leurs conséquences et les frais en découlant,
- les rééducations, kinésithérapies, chiropraxies, leurs conséquences et les frais en découlant,
- les services médicaux ou paramédicaux et l'achat de produits dont le caractère thérapeutique n'est pas reconnu par la législation française, et les frais s'y rapportant,
- les bilans de santé concernant un dépistage à titre de prévention, les traitements ou analyses réguliers, leurs conséquences et les frais en découlant,
- l'organisation des recherches et secours des personnes, notamment en montagne, en mer ou dans le désert,
- les frais liés aux excédents de poids des bagages lors d'un transport par avion et les frais d'acheminement des bagages lorsqu'ils ne peuvent être transportés avec vous,
- les frais d'annulation de voyage,
- les frais de restaurant,
- les frais de douane
- les frais téléphoniques et de taxi



# CADRE DU CONTRAT

Le présent contrat est soumis à la loi française.

## 1. PRISE D'EFFET ET DURÉE

### 1.1 PRISE D'EFFET DU CONTRAT ET DES GARANTIES

Prise d'effet du contrat :

Le contrat conclu entre le Souscripteur et Europ Assistance prend effet au 01/05/2017.

Prise d'effet des garanties :

La durée de validité de toutes les garanties correspond aux dates du Séjour en France, déclarées par l'Assuré et mentionnées sur le certificat d'adhésion, avec une durée maximale de 365 jours consécutifs (sauf Dispositions Spéciales). La date de prise d'effet des garanties ne peut être antérieure à la date de souscription par l'Association.

La durée de validité des garanties pour chaque Assuré ne peut excéder 365 jours consécutifs (sauf Dispositions Spéciales).

Délai de carence

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,
- \* 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 corporel constaté par une autorité compétente et dûment justifié par notamment un rapport de police.

### 1.2 CESSATION DU CONTRAT ET DES GARANTIES

Le contrat peut être résilié :

- par l'Assureur :

- En cas de non-paiement des cotisations, dans les conditions de l'Article L113-3 du Code des assurances,
- Dans le cas où des omissions ou des inexactitudes apparaissent dans les déclarations du Souscripteur à la souscription ou en cours de contrat (article L113-9 du Code des assurances),
- En cas d'aggravation du risque dans les conditions de l'Article L113-4 du Code des Assurances.

- par le Souscripteur :

- En cas de résiliation après Sinistre par l'Assureur d'un autre contrat souscrit par le Souscripteur (article R113-10 du Code des assurances),
- Dans les autres cas prévus par le Code des assurances.

- de plein droit :

- En cas de retrait de l'agrément administratif de l'Assureur (Article L326-12 du Code des assurances).

Les garanties cessent :

- pour chaque Assuré,
- par l'arrivée du terme des garanties,
- en cas de non-paiement de la cotisation par l'Assuré,
- à la date à laquelle il n'est plus membre de l'association souscriptrice,
- pour l'ensemble des Assurés,

- en cas de résiliation du contrat conclu entre le Souscripteur et l'Assureur, le Souscripteur en informera ses adhérents Assurés.

## 2. RENONCIATION EN CAS DE MULTIASSURANCE

- en cas de vente à distance :

Conformément à l'Article L112-2 du Code des assurances, lorsque le contrat est commercialisé en vente à distance à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité professionnelle, l'Assuré dispose d'un délai de 14 jours calendaires révolus pour renoncer à son adhésion (sous réserve que le contrat n'ait pas été exécuté ou que l'Assuré n'ait fait intervenir aucune garantie).

Cette renonciation s'effectue par courrier adressé à :

CHAPKA – Service clients 56 rue Laffitte 75009 Paris (l'envoi par lettre recommandée avec avis de réception est conseillé).

Elle peut être faite selon le modèle ci-après :

Modèle de lettre de renonciation : « Madame/Monsieur, Je soussigné(e) (nom et prénom) demeurant à (domicile principal) ai l'honneur de vous informer que je renonce à ma souscription au contrat enregistré sous la référence XXX, en date du (date) pour le motif suivant : ..... A..... le..... Date et signature ».

## 3. COMMENT SONT EXPERTISES LES DOMMAGES MATERIELS COUVERTS PAR LES GARANTIES D'ASSURANCE ?

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

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

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

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

## 4. DANS QUELS DELAIS SEREZ-VOUS INDEMNISE(E) ?

Le règlement interviendra dans un délai de 5 jours à partir de l'accord qui interviendra entre nous ou de la décision judiciaire exécutoire.

## 5. QUELLES SONT LES LIMITATIONS EN CAS DE FORCE MAJEURE OU AUTRES EVENEMENTS ASSIMILES ?

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

Nous ne pouvons être tenus pour responsables des manquements, ni des retards dans l'exécution des prestations résultant de cas de force majeure ou d'événements tels que :

- les guerres civiles ou étrangères, instabilité politique notoire, mouvements populaires, émeutes, actes de terrorisme, représailles,
- les recommandations de l'O.M.S. ou des autorités nationales ou internationales ou restriction à la libre circulation des personnes et des biens, et ce quel qu'en soit le motif notamment sanitaire, de sécurité, météorologique, limitation ou interdiction de trafic aéronautique,

- les grèves, explosions, catastrophes naturelles, désintégration du noyau atomique, ou toute irradiation provenant d'une source d'énergie présentant un caractère de radioactivité,
- les délais et/ou impossibilité à obtenir les documents administratifs tels que visas d'entrée et de sortie, passeport, etc., nécessaires à votre transport à l'intérieur ou hors du pays où vous vous trouvez ou à votre entrée dans le pays préconisé par nos médecins pour y être hospitalisé(e),
- les recours à des services publics locaux ou à des intervenants auxquels nous avons l'obligation de recourir en vertu de la réglementation locale et/ou internationale,
- l'inexistence ou l'indisponibilité de moyens techniques ou humains adaptés au transport (y compris refus d'intervention).

## 6. CIRCONSTANCES EXCEPTIONNELLES

Les transporteurs de personnes (dont notamment les compagnies aériennes) sont susceptibles d'opposer pour les personnes atteintes de certaines pathologies ou pour les femmes enceintes, des restrictions applicables jusqu'au moment du début du transport, et susceptibles d'être modifiées sans préavis (ainsi pour les compagnies aériennes : examen médical, certificat médical, etc.).

De ce fait, le rapatriement de ces personnes ne pourra être réalisé que sous réserve d'absence de refus du transporteur, et bien évidemment, d'absence d'avis médical défavorable (tel que prévu et suivant les modalités prévues au chapitre « TRANSPORT/RAPATRIEMENT ») au regard de la santé de l'Assuré ou de l'enfant à naître.

## 7. QUELLES SONT LES EXCLUSIONS GENERALES APPLICABLES AU CONTRAT ?

Les exclusions générales du contrat sont les exclusions communes à l'ensemble des garanties d'assurance et des prestations d'assistance décrites aux présentes Dispositions Générales. Sont exclus :

- les guerres civiles ou étrangères, les émeutes, les mouvements populaires,
- la participation volontaire d'un Assuré à des émeutes ou grèves, rixes ou voies de fait,
- les conséquences de la désintégration du noyau atomique ou toute irradiation provenant d'une source d'énergie présentant un caractère de radioactivité,
- sauf dérogation, un tremblement de terre, une éruption volcanique, un raz de marée, une inondation ou un cataclysme naturel sauf dans le cadre des dispositions résultant de la loi n° 82-600 du 13 juillet 1982 relative à l'indemnisation des victimes de catastrophes naturelles (pour les garanties d'assurance),
- les conséquences de l'usage de médicaments, de drogues, de stupéfiants et produits assimilés non ordonnés médicalement, et de l'usage d'alcool au-delà des taux prévus par la législation du pays dans lequel il se trouve
- Les sinistres liés à l'usage d'une cylindrée supérieure à 125 cm cube en tant que conducteur ou passager
- Les sinistres liés à l'usage des deux roues lorsque l'Assuré(e) n'est pas titulaire d'un permis de conduire en conformité avec la législation du pays dans lequel il se trouve,
- Les sinistres liés à l'usage des deux roues lorsque l'Assuré(e) ne portait pas de casque en contradiction avec la législation en vigueur du pays dans lequel il se trouve,
- Tout acte intentionnel de votre part pouvant entraîner la garantie du contrat.

## 8. SUBROGATION

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

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

## 9. QUELS SONT LES DELAIS DE PRESCRIPTION ?

Article L 114-1 du Code des Assurances :

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

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

2° En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là. Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

Article L 114-2 du Code des Assurances :

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée 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.

Article L 114-3 du Code des Assurances :

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

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont définies aux articles 2240 à 2246 du code civil : la reconnaissance par le débiteur du droit contre lequel il prescrivait (article 2240 du Code civil), la demande en justice (articles 2241 à 2243 du Code civil), un acte d'exécution forcée (articles 2244 à 2246 du Code civil).

## 10. RECLAMATIONS - LITIGES

En cas de réclamation ou de litige, Vous pourrez vous adresser à :



**Europ Assistance France**

Service Remontées Clients

1 promenade de la Bonnette

92633 Gennevilliers cedex

Si le délai de traitement doit excéder les dix jours ouvrés, une lettre d'attente Vous sera adressée dans ce délai. Une réponse écrite à la réclamation sera transmise dans un délai maximum de deux mois à compter de la date de réception de la réclamation initiale.

Si Vous avez souscrit votre contrat par le biais d'un intermédiaire et que votre demande relève de son devoir de conseil et d'information ou concerne les conditions de commercialisation de votre contrat, votre réclamation doit être exclusivement adressée à cet intermédiaire.



Si le litige persiste après examen de votre demande par notre Service Remontées Clients, Vous pourrez saisir le Médiateur par courrier postal ou par internet :



### **La Médiation de l'Assurance**

TSA 50110  
75441 Paris Cedex 09  
<http://www.mediation-assurance.org/>

Vous restez libre de saisir, à tout moment, la juridiction compétente.

Si pour les besoins de la réalisation du service demandé, un transfert des informations vous concernant est réalisé en dehors de l'Union Européenne, EUROP ASSISTANCE FRANCE prendra des mesures contractuelles avec les destinataires afin de sécuriser ce transfert.

Par ailleurs, Vous êtes informé(e) que les conversations téléphoniques que Vous échangerez avec EUROP ASSISTANCE FRANCE pourront faire l'objet d'un enregistrement dans le cadre du suivi de la qualité des services et de la formation des personnels. Ces conversations sont conservées deux mois à compter de leur enregistrement. Vous pourrez vous y opposer en manifestant votre refus auprès de votre interlocuteur.

## **11. AUTORITE DE CONTROLE**

L'autorité chargée du contrôle est l'Autorité de Contrôle Prudenciel et de Résolution - A.C.P.R. - 61, rue Taitbout - 75436 Paris cedex 09.

## **12. INFORMATIQUE ET LIBERTES**

Toutes les informations recueillies par EUROP ASSISTANCE FRANCE, 1 promenade de la Bonnette, 92633 Gennevilliers Cedex, lors de la souscription à l'un de ses services et/ou lors de la réalisation des prestations sont nécessaires à l'exécution des engagements que Nous prenons à votre égard. A défaut de réponse aux renseignements demandés, EUROP ASSISTANCE FRANCE sera dans l'impossibilité de fournir le service auquel Vous souhaitez souscrire.

Ces informations sont uniquement réservées aux services d'EUROP ASSISTANCE FRANCE en charge de votre contrat et pourront être transmises pour les seuls besoins de la réalisation du service à des prestataires, sous-traitants ou partenaires du Groupe EUROP ASSISTANCE à l'origine de la présente garantie.

EUROP ASSISTANCE FRANCE se réserve également la possibilité d'utiliser vos données personnelles à des fins de suivi qualité ou d'études statistiques. Vous êtes également informé(e) que vos données personnelles peuvent faire l'objet de traitements dans le cadre du dispositif de lutte contre la fraude à l'assurance, ce qui peut entraîner une inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.

Par ailleurs, en vue de satisfaire à ses obligations légales et réglementaires, EUROP ASSISTANCE FRANCE peut être amenée à communiquer des informations aux autorités administratives ou judiciaires légalement habilitées.

Vous disposez, en justifiant de votre identité, d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des informations vous concernant en écrivant à :



### **Europ Assistance France**

Service Remontées Clients  
1 promenade de la Bonnette  
92633 Gennevilliers cedex

EUROP ASSISTANCE FRANCE Vous informe, conformément à la loi 2014-344 du 17 mars 2014, que si Vous ne souhaitez pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique de la part d'un professionnel avec lequel Vous n'avez pas de relation contractuelle préexistante, Vous pouvez vous inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique par courrier postal ou par internet :

SOCIETE OPOSETEL - Service Bloctel - 6, rue Nicolas Siret - 10 000 TROYES

[www.bloctel.gouv.fr](http://www.bloctel.gouv.fr)



# CAP W.H.VISA EN FRANCE

NUMÉRO DE CONTRAT N°0027921 00000 006



malakoff médéric

## 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'évènement considéré :

### L'ASSUREUR

QUATREM, SA au capital de 380 426 249 euros, régie par le code des assurances, 21 rue Laffitte 75009 Paris, 412 367 724 RCS Paris, Société du groupe Malakoff Médéric

### LE SOUSCRIPTEUR

L'association Alliance des Voyageurs à l'Etranger et Expatriés (AVEE) 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 56 rue Laffitte 75009 Paris.

### L'ADHÉRENT

La personne physique, **membre de l'association** Alliance des Voyageurs à l'Etranger et Expatriés (AVEE) répondant aux conditions d'adhésion objet de l'article 3.2.1 (Conditions d'adhésion au contrat), et adhérent au contrat .

### L'ASSURÉ

L'adhérent admis à l'assurance sur qui repose le risque assuré

### ACCIDENT

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

### MALADIE GRAVE ET INOPINÉE

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

### SÉCURITÉ SOCIALE

Régime général français d'assurance maladie des travailleurs salariés.

### RÉGIME LOCAL DE SÉCURITÉ SOCIALE

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

### AUTORITÉ MÉDICALE COMPÉTENTE

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

### PRATIQUE MÉDICALE EN VIGUEUR

Désigne un acte médical correspondant au traitement

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

### HOSPITALISATION

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

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

### SOINS PROGRAMMÉS

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

### VILLÉGIATURE

Séjour touristique en dehors de France ne dépassant pas TRENTE (30) jours consécutifs et déclaré à l'assureur.

### DEVISE DU CONTRAT

L'euro.

### CALCUL DE L'ÂGE

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

### PAYS DE DOMICILE

Pays de résidence qui figure sur la pièce d'identité officielle de l'assuré.

### FRANCHISE

Somme qui reste à la charge de l'assuré après le règlement des prestations par l'assureur

En cas de prise en charge des soins par la Sécurité sociale :

### PARTICIPATION FORFAITAIRE (ARTICLE L322-2 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 L322-2 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.

## GARANTIES FRAIS MÉDICAUX ET CHIRURGICAUX

### 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 quel que titre que ce soit.

LE CUMUL DES REMBOURSEMENTS PREVUS AUX POSTES HOSPITALISATION (A L'EXCEPTION DE LA MATERNITE) ET MEDECINE DE VILLE (HORS HOSPITALISATION) EST LIMITE A 50 000 EUROS POUR LA DUREE DE L'ADHESION.

Le détail des prestations est indiqué au tableau des garanties en page 3.

### 2.1. OBJET DE LA GARANTIE

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

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

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

### 2.2. PRESTATIONS

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

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

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

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

#### 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 MODALITES DE L'ENTENTE PREALABLE 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 TROISIEME MOIS de grossesse, une déclaration de grossesse.

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 HOSPITALIERE

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

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

#### 2.2.2 AUTRES SOINS

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

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

#### 2.2.2.1 CONTRÔLE MÉDICAL

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

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

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

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

Faute d'entente sur ce choix, la désignation sera faite à la demande de la partie la plus diligente par le Président du Tribunal de Grande Instance 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. REGLEMENT DES PRESTATIONS

### 2.3.1 DELAI DE DECLARATION

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).

**Au delà de ce délai, si la déclaration tardive a causé un préjudice à l'assureur, les prestations payées seront réduites de moitié.**

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 MODALITE DE DECLARATION

Les demandes de remboursement doivent être accompagnées :

- des prescriptions,
- des factures originales dûment acquittées,
- du formulaire de déclaration délivré par l'assureur,
- le cas échéant :
  - si les frais engagés sont consécutifs à un évènement ayant donné lieu à l'établissement d'un rapport de police : une copie de ce rapport,
  - une copie de l'entente préalable délivrée par l'assureur dans les conditions fixées à l'article 2.2.1.1. (Modalité de l'entente préalable de l'assureur).

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

## 2.4. SOINS EFFECTUES EN CAS DE VILLEGIATURE HORS DE FRANCE

Les garanties sont maintenues dans les conditions du contrat tant que l'adhésion est en vigueur.

## 2.5. ASSURANCES CUMULATIVES

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

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

### titre des soins considérés.

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

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

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

## 2.6. EXCLUSIONS

Ne sont pas pris en charge par l'assureur :

- Les soins :
  - résultant du fait intentionnel de l'assuré,
  - résultant d'une tentative de suicide,
  - effectués ou programmés antérieurement à la date d'effet de l'adhésion au contrat de l'assuré,
  - effectués ou programmés postérieurement à la date de cessation de l'adhésion au contrat de l'assuré ou de la résiliation du contrat ou de la cessation de la garantie concernée,
  - effectués alors que l'assuré est sous l'empire d'un état alcoolique constaté médicalement ou par une autorité compétente ou sous l'emprise de stupéfiant non prescrit médicalement ou en dehors des doses prescrites médicalement,
  - non prescrits médicalement,
  - non exécutés par une autorité médicale compétente telle que définie au lexique,
  - inappropriés à la pathologie,
  - non rétribués à un coût moyen habituellement pratiqué pour le traitement considéré,
  - qui auraient été habituellement pratiqués gratuitement en l'absence du présent contrat,
  - qui ne sont pas pratiqués par un professionnel de santé titulaire d'un diplôme requis pour pratiquer son art en France ou dans le pays où sont administrés les soins,
  - qui n'ont pas fait l'objet d'une entente préalable de l'assureur dans les cas prévus à l'article 2.2 (Prestations)
  - refusés par l'assureur à la suite d'une demande d'entente préalable conformément à l'article 2.2 (Prestations),
  - pratiqués hors de France, sauf application des dispositions de l'article 2.4 (Soins effectués en cas de villégiature hors de France)
  - occasionnés lorsque l'assuré a négligé de se soumettre aux soins médicaux nécessités par son état,
  - consécutifs à un accident occasionné par l'état d'alcoolémie de l'assuré constaté par un taux égal ou supérieur à celui défini par le code de la circulation routière en vigueur en France au moment de l'accident,
  - dentaires autres que ceux mentionnés au titre 1 (Garanties souscrites)
- les séjours :
  - dans une maison de repos ou de soins d'une durée supérieure à 30 jours,

- dans un établissement de long séjour.
- les traitements :
  - contre l'obésité, l'amaigrissement,
  - de rajeunissement,
  - de la stérilité et de la fécondité
  - expérimentaux,
  - des allergies,
  - des maladies sexuellement transmissibles
- les interruptions volontaires de grossesse.
- les frais :
  - de 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,
  - d'examen médicaux pré-nuptiaux,
  - d'hôtellerie,
  - de rapatriement de l'assuré,
  - d'assistance quels qu'ils soient,
  - annexes ou non médicaux en cas d'hospitalisation tels que: téléphone, télévision, connexion internet, boissons.
- les soins dermatologiques
- les frais de consultation sans délivrance d'une prescription médicale
- la part des frais pris en charge par la Sécurité sociale ou le régime local de Sécurité sociale ou par tout autre organisme de protection sociale,
- la franchise et la participation forfaitaire définies au Lexique en cas de prise en charge des soins par la Sécurité sociale.
- les produits parapharmaceutiques.
- les médicaments :
  - non prescrits par une autorité médicale compétente telle que définie au Lexique,
  - utilisés au-delà des doses prescrites,
  - utilisés pour un usage non thérapeutique,
  - les vitamines, minéraux, les compléments alimentaires ou diététiques même s'ils ont été prescrits médicalement pour avoir des effets thérapeutiques.
- les consultations de diététiciens,
- les tests génétiques,
- les bilans de santé,
- les greffes d'organes,
- Les maladies ou accidents consécutifs à (au) :
  - des rixes, paris de toutes natures,
  - une guerre, des émeutes, des mouvements populaires, des attentats, des actes de nature terroriste, si l'assuré y a pris une part active,
  - la pratique par l'assuré de toute activité sportive 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<sup>3</sup>,
- non respect des conditions de sécurité prévues par la réglementation en vigueur relatives au port du casque pour les cyclomoteurs, motocyclettes quelle que soit la cylindrée et les quads,
- défaut de permis requis pour la conduite d'un véhicule terrestre à moteur,
- la pratique de sports extrêmes y compris base jump, sky surfing, sky flying, zorbing, exercices acrobatiques, streetluge, speed riding, plongée sous-marine avec bouteille à plus de 40 mètres de profondeur ou pratiquée en solo, randonnée à pieds sur chemin non balisé ou nécessitant corde, piolet ou crampons ou à une altitude de plus de 4 000 mètres,
- non-respect des mesures de prévention ou de rapatriement ordonnées par les autorités compétentes à la suite d'une dégradation de la sécurité ou des conditions sanitaires dans la zone de séjour temporaire de l'assuré.
- Les soins occasionnés par :
  - Une affection psychiatrique, neuropsychiatrique ou psychologique, toute manifestation justifiant un traitement à visée neuropsychiatrique, et en particulier, la dépression nerveuse, l'anxiété, les troubles de la personnalité et/ou du comportement, la fibromyalgie, les troubles de l'alimentation, la fatigue chronique,
  - Une affection rachidienne, discale ou vertébrale, une lombalgie, une sciatique, une lombosciatique, une hernie : discale, pariétale, intervertébrale, crurale, scrotale, inguinale de ligne blanche, ombilicale, une dorsalgie, une cervicalgie et une sacrocoxalgie,
  - Une malformation congénitale.

## 3. DISPOSITIONS GÉNÉRALES

### 3.1. OBJET DU CONTRAT

Ce contrat est un contrat d'assurance de groupe à adhésion individuelle, souscrit par l'Association Alliance des Voyageurs à l'Étranger et Expatriés (AVEE) au profit de ses membres remplissant les conditions d'adhésion définies à l'article 3.2 (Conditions et formalités d'adhésion au contrat) ayant pour

objet le remboursement de tout ou partie des frais de santé engagés **en cas d'accident, de maladie grave et inopinée ou de maternité** par l'assuré, dans les conditions mentionnées au titre 1 (Garanties frais médicaux et chirurgicaux) du présent contrat.

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

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

- CAP WH VISA FRANCE 0027921 00000 006

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

## 3.2. CONDITIONS ET FORMALITÉS D'ADHESION AU CONTRAT

### 3.2.1 CONDITIONS D'ADHESION AU CONTRAT

Sont admissibles au contrat les personnes physiques, **membre de l'association** Alliance des Voyageurs à l'Etranger et Expatriés (AVEE), effectuant un séjour temporaire en France préalablement prévu pour 3 mois minimum et 12 mois maximum en bénéficiant d'un visa Programme Vacances Travail (Working Holidays).

ET

- ne relevant plus du régime local de Sécurité sociale

- ne bénéficiant pas de la Sécurité sociale française au cours du séjour.

### 3.2.2. FORMALITES D'ADHESION AU CONTRAT

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

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

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

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

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

### 3.3.1 DATE D'EFFET, DUREE, RENOUVELLEMENT DE L'ADHESION

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

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

Sous réserve du paiement de la cotisation, et sauf réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte faite de mauvaise foi par l'assuré, celui-ci 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'ADHESION

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

- en cas de non-paiement de la cotisation unique,
- à la date à laquelle il ne remplit plus les conditions d'adhésion objet de l'article 3.2.1 (Conditions d'adhésion au contrat) ; étant précisé qu'en cas de prolongation du séjour temporaire, une nouvelle adhésion pourra être souscrite après accord exprès de l'assureur.
- à la date à laquelle il n'est plus membre de l'association souscriptrice,
- à la date à laquelle il quitte la France sauf en cas de villégiature conformément aux dispositions de l'article 2.4 (Soins effectués en cas de villégiature hors de France),
- à la date de son retour définitif dans son pays de domicile,
- à la date de terme du séjour temporaire mentionnée au certificat d'adhésion,
- à la date de résiliation du contrat par l'assureur ou le souscripteur.

### 3.3.3 DATE D'EFFET, DUREE 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,
- DOUZE jours consécutifs dans les autres cas lorsque la date d'effet de l'adhésion est postérieure à la date de début du séjour temporaire.

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

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

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

## 3.4. RENONCIATION

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

### 3.4.1. DEMARCHAGE A 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 évènement 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'ADHESION A 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 MODELE DE LETTRE DE RENONCIATION

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

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

## 3.5. OBLIGATIONS DES PARTIES

### 3.5.1 OBLIGATIONS DE L'ASSURE

L'assuré s'oblige :

- à l'adhésion:
  - à transmettre :
    - la demande d'adhésion dûment complétée,
    - une photocopie de la pièce officielle d'identité,
    - une copie du visa working holiday,
    - toute pièce que l'assureur jugerait nécessaire à l'adhésion.
  - à s'assurer, le cas échéant que l'adhésion au contrat est admise par l'université dans laquelle il poursuit ses études,
  - à régler la cotisation unique à l'assureur.
- en cours d'adhésion
  - à communiquer à l'assureur toutes circonstances nouvelles ayant pour conséquence de modifier la nature ou l'importance des risques, ou d'en créer de nouveaux et de rendre inexacts ou caduques les déclarations faites à l'assureur lors de l'adhésion, notamment le retour prématuré dans le pays de domicile ou son départ de France.
- en cas d'évènement ouvrant droit aux prestations :
  - les éléments nécessaires au règlement des prestations, tels qu'ils sont énumérés à l'article 2.3 (Règlement des prestations), ou toutes pièces équivalentes valables en France, étant précisé qu'il est recommandé à l'assuré de conserver une copie des éléments qu'il transmet à l'assureur jusqu'à la réception du remboursement y afférent,
  - un relevé d'identité bancaire (RIB) pour le paiement des prestations,

- le formulaire de déclaration délivré par l'assureur.

**L'ASSUREUR NE PEUT SE TROUVER ENGAGE QUE PAR LES DECLARATIONSETPIECESTRANSMISESPARL'ASSURE,LE CAS ECHEANT TRADUITES EN FRANÇAIS AUX FRAIS DE L'ASSURE PAR UN ORGANISME DUMENT 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. REFERENCES LEGALES

### 3.6.1 OBLIGATIONS DE DECLARATION

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'évènement 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'évènement 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, notwithstanding 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 :

- MAI 39 rue Anatole France, 92300 Levallois Perret agissant en tant que mandataire de l'assureur pour la gestion des prestations du présent contrat,
- CHAPKA Assurances agissant en tant que mandataire de l'assureur pour la gestion des autres dispositions du contrat : [cil@chapka.fr](mailto:cil@chapka.fr) ou CHAPKA assurances – 56 rue Laffitte – 75009 Paris.

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

#### 3.7.1 LOI INFORMATIQUE ET LIBERTES

Conformément à 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'organisme assureur, responsable de traitement des données à caractère personnel collectées que :

1. Ses données à caractère personnel peuvent être collectées et traitées au titre de :
  - la souscription, la gestion y compris commerciale et l'exécution du contrat d'assurance ainsi que la gestion ou l'exécution des autres contrats souscrits auprès de l'organisme assureur ou d'autres sociétés du groupe Malakoff Médéric auquel l'organisme assureur appartient ; et ce y compris, en sa qualité d'assureur, l'utilisation du NIR de l'assuré pour la gestion de ses risques d'assurance complémentaire santé, retraite supplémentaire, responsabilité civile et gestion des rentes (conformément à l'Autorisation unique de la CNIL du 23 janvier 2014 - Pack conformité assurance)
  - la mise en œuvre d'opérations de prospection,

commerciales ou promotionnelles, et de fidélisation, à destination de l'assuré,

- la gestion des avis de l'assuré sur les produits, services ou contenus proposés par l'organisme assureur ou tout partenaire de l'organisme assureur ;
- l'exercice des recours à la gestion des réclamations et des contentieux ;
- l'exercice du devoir de conseil compte tenu des besoins exprimés par l'assuré ;
- l'élaboration de statistiques y compris commerciales, d'études actuarielles ou autres analyses de recherche et développement,
- la proposition à l'assuré de produits, de services et/ou d'outils permettant de réduire la sinistralité ou d'offrir un contrat ou une prestation complémentaire par l'organisme assureur ou tout partenaire de l'organisme assureur ;
- 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'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 la santé, à l'appréciation du risque, à la gestion de son contrat...) sont nécessaires à la gestion et à l'exécution de son contrat d'assurance.

Les destinataires des données de l'assuré sont, dans la limite de leurs attributions respectives et suivant les finalités : les personnels de l'organisme assureur, ainsi que les sous-traitants, les délégataires de gestion, les intermédiaires, les réassureurs, les organismes professionnels habilités, les partenaires et les sociétés extérieures, les souscripteurs du contrat.

Les données à caractère personnel relatives à la santé de l'assuré sont traitées dans des conditions garantissant leur sécurité, et ainsi, sont destinées au Service médical de l'organisme assureur et à toute personne placée sous la responsabilité du Service Médical. Les données à caractère personnel relatives à la santé de l'assuré ne sont en aucun cas utilisées à des fins commerciales.

L'organisme assureur s'engage à ce que ces données à caractère personnel ne soient en aucun cas transmises à des tiers non autorisés.

2. En application de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, l'assuré dispose d'un droit d'accès, de rectification et le cas échéant de suppression des données le concernant et peut s'opposer à leur traitement pour des motifs légitimes. Ces droits peuvent être exercés, en justifiant de son identité, sur simple demande écrite adressée à «[cil@chapka.fr](mailto:cil@chapka.fr) ou CHAPKA assurances – 56 rue Laffitte – 75009 Paris ».

3. 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](http://www.bloctel.gouv.fr)

L'organisme assureur et ses partenaires s'engagent à prendre toutes les mesures nécessaires afin d'assurer un bon niveau de sécurité et de confidentialité des données traitées.

#### 3.7.2 ORGANISME DE CONTROLE DE L'ASSUREUR

L'autorité chargée du contrôle de Quatrem est l'Autorité de Contrôle Prudential et de Résolution (ACPR), 61 rue Taitbout, 75009 Paris.

### 3.7.3 RECLAMATIONS - MEDIATION

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

Pôle Réclamations de CHAPKA Assurances :

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



**CHAPKA assurances**  
56 rue Laffitte – 75009 Paris.

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



**La Médiation de l'Assurance**  
TSA 50110 - 75441 PARIS Cedex 09.

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

### 3.7.4 SUBROGATION

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

### 3.7.5 JURIDICTION COMPETENTE

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 de Grande Instance de Paris.

## € 4. COTISATION

### 4.1. ASSIETTE ET MONTANT DE LA COTISATION

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

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

### 4.2. MODALITES DE PAIEMENT

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

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

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

### 4.3. TAXES ET CONTRIBUTIONS

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

### 4.4. DEFAUT DE PAIEMENT

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

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

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



## Chapka Assurances

56 rue Laffitte - 75009 Paris  
Tél. : 01 74 85 50 50

Société de courtage d'assurances  
SAS au capital de 80 000 euros  
N° de RCS : Paris B 441 201 035

Garantie financière et assurance RC conformes aux articles L530-1 et L530-2 du Code des assurances  
Inscrit à l'Orias N°07002147