

GLOBE PARTNER

Association Globe Partner Assurance Voyage Notice d'information

En qualité de membre de l'Association Globe Partner, vous avez choisi d'adhérer aux garanties souscrites par l'Association :

- *Auprès de MGEN, immatriculée sous le numéro SIREN 775 685 399, et MGEN Vie, immatriculée sous le numéro SIREN 441 922 002, Mutuelles soumises aux dispositions du livre II du Code de la mutualité et dont le siège social est situé 3-7 Square Max Hymans, 75 748 Paris Cedex 15, France, sous le contrat n° MGENIB1100437SAP pour les garanties Frais médicaux, Assistance et Décès non accidentel. MGEN et MGEN Vie ont mandaté LLT Consulting, 18 quai Georges Simenon, 17 000, La Rochelle, SAS enregistrée au RCS de la Rochelle sous le n° 828 002 188 et qui opère sous le nom de VYV International Assistance pour les prestations d'Assistance.*
- *Auprès de Chubb European Group SE, entreprise régie par le Code des assurances, au capital social de 896 176 662 euros, sise La Tour Carpe Diem, 31 Place des Corolles, Esplanade Nord, 92400 Courbevoie, immatriculée au RCS de Nanterre sous le numéro 450 327 374, par l'intermédiaire de VYV International Benefits, sous le contrat n° FRBOPA61611 pour les garanties Pertes de Bagages et sous le contrat n° FRBOPA61610 pour les garanties en cas de Décès accidentel, Capital d'invalidité permanente suite à un Accident et Responsabilité civile.*

La gestion administrative de ces garanties est déléguée à ACS, 153, rue de l'Université, 75007 Paris, SAS au capital de 150.000€, société de courtage d'assurances immatriculée au RCS Paris sous le n° 317 218 188, n° ORIAS 07 000 350. Les modalités de mise en œuvre des garanties et le détail des prestations auxquelles vous avez droit sont définis dans la présente notice.

En cas de divergence entre la version française et des versions en d'autres langues de la présente notice, la version française prévaudra.

Sommaire

1/ Généralités	2
2/ Définitions	4
3/ Garanties et prestations frais médicaux et prévoyance	6
A/ Frais médicaux.....	6
B/ Prévoyance.....	8
4/ Garanties d'Assistance.....	11
5/ Garantie Responsabilité civile.....	14
6/ Garantie Bagages	16
7/ Risques exclus relatifs à toutes les garanties.....	17
8/ Bases du contrat d'assurance.....	18
9/ Protection des données personnelles.....	20
10/ Médiation.....	21
11/ Autorité chargée du contrôle de l'assureur et de la mutuelle.....	21
12/ Droit d'opposition des consommateurs au démarchage téléphonique	22
13/ Numéros d'urgence	22
14/ Tableau des montants de garantie	23
15/ Formulaire de demande de remboursement	24
Annexe : Déclaration de confidentialité ACS.....	25



1/ Généralités

Admissibilité – Affiliation

Sont admissibles facultativement les personnes membres de l'Association Globe Partner âgées de moins de 40 ans voyageant dans la ou les zones sélectionnées lors de la souscription, dans le monde entier, en dehors de leur pays de résidence.

Le renouvellement (par l'adhésion à un nouveau contrat) de celui-ci ne sera accepté que s'il est effectué à la suite, et sans interruption avec le dernier contrat souscrit.

Le proposant doit, au moment de son affiliation, remplir les documents d'affiliation, incluant une déclaration d'état de santé et sur lesquels figurent le montant des cotisations. Le choix de la formule ne peut être modifié durant la période de couverture.

Le proposant doit régler la totalité de la période d'assurance au moment de la souscription.

L'Assureur se réserve la possibilité de subordonner l'acceptation à la production de toute information complémentaire qu'il juge nécessaire.

Le proposant prend la qualité d' « **Adhérent** » une fois admis à l'assurance.

Les garanties du présent contrat ne peuvent s'appliquer dans le pays de résidence de l'Adhérent.

Effet des garanties

Pour bénéficier des garanties sans délai de carence, le proposant doit souscrire le contrat initial avant son départ de son pays de résidence.

Lorsque la souscription du contrat a lieu après le départ de l'assuré, un délai de carence de 8 jours est appliqué aux différentes garanties à compter de la date de souscription.

En cas de souscription d'un nouveau contrat à l'expiration du contrat initial, pour bénéficier des garanties sans délai de carence, le nouveau contrat doit être souscrit à la suite et sans interruption avec le contrat initial.

Dans le cas contraire, un délai de carence de 8 jours est appliqué aux différentes garanties à compter de la date de souscription du nouveau contrat.

L'adhésion est effective pour chacun des ayants droit dès l'acceptation de l'Assureur le paiement de la cotisation.

Le contrat d'assurance voyage GLOBE PARTNER est conclu pour une durée ferme, et n'ouvre pas droit à la faculté de renonciation prévue par l'article L 112-2-1 du Code des assurances ou L 221-18 du Code de la mutualité.

Durée des garanties

Une fois admis à l'assurance et sous réserve des sanctions prévues par le Code des assurances ou le Code de la mutualité en cas de fausse déclaration, l'Adhérent ne peut en être exclu tant qu'il remplit les conditions pour en bénéficier.

Le contrat peut être souscrit pour douze (12) mois maximum, renouvelable deux fois, par l'adhésion à un nouveau contrat, avec autorisation de l'Assureur.

Les garanties prennent fin en tout état de cause :



Pour chaque Adhérent :

- Lors du retour définitif si la période du contrat n'est pas terminée,
- Lors du rapatriement de l'Adhérent dans son pays de résidence habituelle,
- Le dernier jour de sa période d'adhésion, date à laquelle il n'est plus Adhérent à l'Association souscriptrice,
- En cas de liquidation judiciaire de l'Assureur ou de l'Association souscriptrice.

Pour la totalité des Adhérents, à la date de prise d'effet des résiliations par risque pour les contrats suivants :

- contrat d'assurance groupe n° MGENIB1100437SAPentre l'Association Globe Partner, MGEN et MGEN Vie,
- contrats d'assurance groupe à adhésion facultative n° FRBOPA61610 & FRBOPA61611 assurés par Chubb European Group SE.

La cessation des garanties (ou la suspension) entraîne pour l'Adhérent la suppression du droit aux prestations, au terme de la période d'assurance souscrite, pour tous les actes et soins intervenus même s'ils ont débuté ou ont été prescrits avant la date de fin du contrat.

Modification ou annulation du contrat

Toute modification de dates ou annulation du contrat ne pourra être acceptée que si elle est demandée avant la date d'effet de celui-ci.

La modification de dates n'est possible qu'une seule fois durant l'année civile en cours.

En cas d'annulation, le contrat ne pourra être remboursé que sur justificatif, et déduction faite d'une somme de **20 €**.

Le contrat est conclu pour une durée ferme sans tacite reconduction et ne peut être résilié et remboursé en cours de période.

Sanctions applicables en cas de fausse déclaration

Toute fausse déclaration intentionnelle, omission ou déclaration inexacte du risque ou des circonstances nouvelles qui ont pour conséquences, soit d'aggraver les risques, soit d'en créer de nouveaux, entraîne l'application des sanctions suivantes prévues par le Code des assurances ou par la Code de la mutualité :

- Si elle est intentionnelle (Article L 113-8 du Code des assurances ou L 221-14 du Code de la mutualité) :
 - la nullité de votre contrat,
 - les cotisations payées nous sont acquises et nous avons le droit, à titre de dédommagement, au paiement de toutes les cotisations échues,
 - vous devez nous rembourser les indemnités versées à l'occasion des sinistres qui ont affecté votre contrat.
- Si elle n'est pas intentionnelle (Article L 113-9 du Code des assurances ou L 221-15 du Code de la mutualité) :
 - l'augmentation de votre cotisation ou la résiliation de votre contrat lorsqu'elle est constatée avant tout sinistre,
 - la réduction de vos indemnités dans le rapport entre la cotisation payée et celle qui aurait dû l'être si la déclaration avait été conforme à la réalité, lorsqu'elle est constatée après sinistre.

La personne assurée est déchue de tout droit à prestations si elle fait volontairement une fausse déclaration sur la date, la nature, les causes, les circonstances ou les conséquences ou montants du sinistre.

La déchéance de garantie est également appliquée si la personne assurée utilise sciemment des documents inexacts comme justificatifs.



2/ Définitions

Les termes et expressions utilisés dans la présente notice ont le sens mentionné ci-dessous :

Accident : toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'Adhérent, provenant de l'action brusque, soudaine et inattendue d'une cause extérieure, **à l'exclusion d'une maladie aiguë ou chronique**.

Adhérents : Les personnes dûment assurées au titre du présent contrat ci-après désignées par le terme « vous ». Pour l'application des dispositions légales relatives à la prescription, il convient de faire référence à « l'Adhérent » quand les articles du Code des assurances mentionnent « l'Assuré ».

Aléa : évènement dont la réalisation est incertaine et indépendante de la volonté de l'assuré.

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

Cet « attentat » devra être recensé par le ministère des Affaires étrangères français.

Assureur :

- MGEN, immatriculée sous le numéro SIREN 775 685 399, et MGEN Vie, immatriculée sous le numéro SIREN 441 922 002, Mutuelles soumises aux dispositions du livre II du Code de la mutualité et dont le siège social est situé 3-7 Square Max Hymans, 75 748 Paris Cedex 15, France, sous le contrat n° MGENIB1100437SAP pour les garanties Frais médicaux, Assistance et Décès non accidentel. MGEN et MGEN Vie ont mandaté LLT Consulting, 18 quai Georges Simenon, 17 000, La Rochelle, qui opère sous le nom de VYV International Assistance pour les prestations d'Assistance.
- Chubb European Group SE, entreprise régie par le Code des assurances, au capital social de 896 176 662 euros, sise La Tour Carpe Diem, 31 Place des Corolles, Esplanade Nord, 92400 Courbevoie, immatriculée au RCS de Nanterre sous le numéro 450 327 374, par l'intermédiaire de VYV International Benefits, sous le contrat n° FRBOPA61611 pour les garanties Pertes de Bagages et sous le contrat n° FRBOPA61610 pour les garanties en cas de Décès accidentel, Capital d'invalidité permanente suite à un Accident et Responsabilité civile.

Bagages, biens garantis : bagages ainsi que leur contenu, y compris les effets personnels et les objets de valeur, appartenant à l'Adhérent, emportés pour le voyage/le déplacement et/ou acquis au cours du voyage/du déplacement. La garantie est acquise uniquement pendant le trajet initial aller et le trajet retour définitif.

Catastrophes naturelles : intensité anormale d'un agent naturel ne provenant pas d'une intervention humaine.

Code des assurances/code de la mutualité : recueil des textes législatifs et réglementaires qui régissent le contrat d'assurances selon l'Assureur.

Déchéance : perte du droit à la Garantie pour le Sinistre en cause.

Délai de Carence : période s'écoulant entre la souscription du contrat et le début de l'application des garanties prévues par le contrat. Durant cette période aucune garantie donc n'est appliquée et l'assuré ne peut être indemnisé.

Domicile : on entend par domicile votre lieu de résidence principale et habituelle dans votre pays de résidence.

Dommages corporels : toute atteinte corporelle subie par une personne physique et les préjudices qui en résultent.



Dommages matériels : toute atteinte, destruction, altération, perte ou disparition d'une chose ou substance ainsi que toute atteinte physique à un animal.

Dommages immatériels consécutifs : tout préjudice pécuniaire qui résulte de la privation de jouissance d'un droit, de l'interruption d'un service rendu par une personne ou par un bien meuble ou immeuble, ou de la perte d'un bénéfice, et qui est la conséquence directe de dommages corporels ou matériels garantis.

Entreprise de transport : toute société dûment agréée par les autorités publiques pour le transport de passagers.

Frais médicaux : Frais pharmaceutiques, chirurgicaux, de consultation et d'hospitalisation prescrits médicalement, nécessaires au diagnostic et au traitement d'une maladie.

Franchise : partie de l'indemnité restant à votre charge.

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

Guerre civile : opposition armée de plusieurs parties appartenant à un même pays, ainsi que toute rébellion armée, révolution, sédition, insurrection, coup d'État, application de la loi martiale ou fermeture des frontières commandée par les autorités locales.

Guerre étrangère : opposition armée déclarée ou non d'un État à un autre État, ainsi que toute invasion ou état de siège.

Maladie : altération de la santé constatée par une autorité médicale, nécessitant des soins médicaux.

Membres de la famille proche : les enfants, le père, la mère, les frères et sœurs.

Pays de résidence : pays dans lequel se situe votre domicile fiscal et légal.

Pollution : dégradation de l'environnement par l'introduction dans l'air, l'eau ou le sol de matières n'étant pas présentes naturellement dans le milieu.

Sinistre : événement susceptible d'entraîner l'application d'une garantie au contrat.

Soins dentaires suite à un accident : le traitement doit être administré dans les 15 jours suivant la date de l'accident et consiste à remplacer les dents saines et naturelles perdues ou endommagées.

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

Tiers : toute personne autre que l'Adhérent responsable du dommage, à l'exception d'un membre de la famille. Les Adhérents non membres d'une même famille sont considérés comme tiers entre eux.

Urgence : terme utilisé en cas d'accident ou d'apparition d'une maladie garantie nécessitant des mesures et un traitement d'ordre médical immédiats à l'attention de l'Adhérent. Seul un traitement médical pratiqué par un médecin, généraliste ou spécialiste, ou une hospitalisation intervenant dans les vingt-quatre (24) heures suivant la cause directe de l'urgence seront considérés comme conditions nécessaires au remboursement.



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

3/ Garanties et prestations Frais médicaux et Prévoyance

A/ Frais médicaux

Pour les étudiants, la garantie Frais Médicaux s'exerce également lors d'un retour temporaire de l'Adhérent dans son pays de résidence, durant les vacances scolaires uniquement, **et avec un maximum de 30 jours par année de contrat**. Dans ce cas, les frais médicaux sont pris en charge, uniquement s'ils sont consécutifs à une urgence, et avec un plafond de remboursement de 15 000 €.

La garantie consiste à rembourser, sous réserve des exclusions prévues ci-après, les frais médicaux consécutifs à un accident ou à une maladie reconnus par l'Organisation Mondiale de la Santé.

Par ailleurs, les demandes de remboursement ne seront honorées que si l'Assureur estime que le montant des factures et des reçus fournis est raisonnable et habituel. Dans le cas contraire, l'Assureur se réserve le droit de réduire le montant de ses prestations.

La garantie Frais Médicaux prend fin lorsque notre équipe médicale estime que l'Adhérent peut être rapatrié dans son pays de résidence.

Il est entendu et convenu que dans le cas où l'Adhérent bénéficie ou pourrait bénéficier des remboursements de tout organisme social, **les prestations n'interviendront qu'à titre de complément.**

Le plafond des frais médicaux par bénéficiaire et par an du contrat est de 300.000 €.

Limitation aux frais réels

Conformément à l'Article 9 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 et au décret n° 90-769 du 30 août 1990, les remboursements ou les indemnités des frais occasionnés par une maladie ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'Adhérent après les remboursements de toutes natures auxquels il a droit.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date d'adhésion. Dans cette limite, l'Adhérent peut obtenir une indemnité complémentaire en adressant le détail du (des) remboursement(s) effectué(s) par le(s) autre(s) organisme(s). Pour l'application des dispositions ci-dessus, la limitation au montant des frais restant à charge de l'Adhérent est déterminée par l'Assureur pour chacun des actes ou postes de frais.

En cas de prestations versées indûment, le Bénéficiaire de la garantie s'engage à reverser, dans les meilleurs délais, à l'Assureur, les prestations trop perçues. Ainsi, l'Assureur peut opérer toute compensation entre les sommes dues à ce titre et les autres prestations dues par l'Assureur à l'Adhérent.

Prestations exclues de la garantie Frais médicaux

Il est précisé que ne sont pas pris en charge par le présent contrat les frais non reconnus par l'Organisation Mondiale de la Santé selon la classification internationale des soins de santé « International Classification of Health Interventions (ICHI) » ainsi que les prestations suivantes :

1. les frais engagés avant la date d'entrée en vigueur et après celle de cessation des garanties,



2. les frais de transport du médecin non habituellement pris en charge,
3. les traitements ou dépenses médicales pratiqués par un médecin ou praticien non qualifié,
4. les frais qui auraient pu être effectués au retour de l'Adhérent dans son pays de résidence,
5. les frais médicaux dispensés dans le pays de résidence (sauf pour les étudiants lors de retour temporaire inférieur à 30 jours pour les vacances scolaires),
6. les frais pour les traitements et interventions chirurgicales de caractère esthétique non consécutifs à un accident,
7. les infirmités congénitales, les maladies héréditaires, et les maladies chroniques,
8. toutes orthèses et prothèses y compris auditives et dentaires, ainsi que les soins correspondants
9. tout soin dentaire (sauf en cas d'urgence ou d'accident),
10. la stomatologie, les traitements dermatologiques liés au traitement de l'acné, et l'orthophonie,
11. l'optique, l'orthoptie et les lentilles de contact,
12. l'acupuncture, les massages et la kinésithérapie (sauf à la suite d'un accident ayant entraîné une hospitalisation. Ici l'hospitalisation consiste à rester plusieurs jours à l'hôpital, au moins 24h),
13. les soins psychiques et psychothérapeutiques y compris les consultations,
14. les maladies mentales y compris la dépression nerveuse, les soins et traitements liés aux troubles du sommeil
15. la séropositivité pour le HIV et ses conséquences, le sida et ses conséquences,
16. les maladies sexuellement transmissibles ainsi que les tests de dépistage,
17. les cures, les maisons de repos, de convalescence, de rééducation,
18. les bilans de santé, et le check up,
19. les frais de vaccination,
20. les dépenses relatives à la contraception, l'interruption volontaire de grossesse et la stérilité,
21. les dépenses liées à la grossesse, la grossesse pathologique, la maternité, l'accouchement normal & chirurgical, les dysfonctionnements sexuels,
22. les dépenses encourues à l'occasion de l'acquisition d'un organe,
23. toute opération ou traitement lié au changement de sexe,
24. les produits non médicamenteux d'usage courant tels que : coton hydrophile, alcool, crèmes solaires...,
25. les frais annexes, tels que le téléphone en cas d'hospitalisation ou les frais jugés somptuaires, déraisonnables ou inhabituels compte tenu du pays dans lequel ils sont engagés.

Contrôle et arbitrage médical

Les médecins et représentants accrédités par l'Assureur ont libre accès auprès de l'Adhérent afin de pouvoir constater son état. L'Adhérent doit fournir toute pièce justificative et se prêter à toute expertise ou examen demandés par l'Assureur.

En cas d'accident, l'Adhérent est tenu de transmettre à l'Assureur, un compte rendu officiel détaillant les circonstances de son accident.

Les décisions de l'Assureur prises en fonction des conclusions du médecin conseil sont notifiées à l'Adhérent par courrier recommandé ; il peut en contester le bien-fondé dans les dix jours suivant leur envoi au moyen d'une attestation médicale détaillée adressée à l'Assureur par lettre recommandée.

En cas de désaccord sur l'état de santé de l'Adhérent, il peut être procédé à une expertise amiable et contradictoire par le médecin choisi par l'Adhérent et le médecin délégué par l'Assureur.

Si ces deux médecins ne peuvent parvenir à des conclusions communes, ils choisissent un médecin arbitre pour les départager. Faute d'entente sur son choix, la désignation en est faite par voie judiciaire.



Chaque partie supporte les frais et honoraires de son médecin et, par moitié, ceux du médecin arbitre.

B/ Prévoyance

- Capital en cas de décès non accidentel

En cas de décès non accidentel de l'Adhérent, un capital de **1 000 €** sera réglé sur la base de la désignation de bénéficiaire suivante : le conjoint, à défaut les enfants nés ou à naître à parts égales, la part du prédécédé revenant à leurs propres enfants ou aux frères et sœurs s'il n'y a pas d'enfant, à défaut les parents à parts égales, la part du prédécédé revenant au survivant, à défaut aux héritiers à parts égales entre eux.

- Capital en cas de décès accidentel

Lorsque le décès de l'Adhérent est consécutif à un accident (voir définitions), à condition toutefois qu'il survienne, au plus tard, un an après la date de l'accident, un capital de **8 000 €** est versé.

Le capital en cas de décès accidentel sera réglé sur la base de la désignation de bénéficiaire suivante : le conjoint, à défaut les enfants nés ou à naître à parts égales, la part du prédécédé revenant à leurs propres enfants ou aux frères et sœurs s'il n'y a pas d'enfant, à défaut les parents à parts égales, la part du prédécédé revenant au survivant, à défaut aux héritiers à parts égales entre eux.

- Capital en cas d'invalidité permanente suite à accident

Lorsqu'un Adhérent est reconnu atteint d'invalidité permanente à la suite d'un accident survenu avant son 40^{ème} anniversaire, à condition toutefois que cette reconnaissance intervienne, **au plus tard, un an après la date de l'accident, un capital lui est versé.**

L'invalidité est dite TOTALE lorsque, conformément au barème figurant ci-après et aux règles d'évaluation prévues dans le tableau des prestations suivant, elle atteint 100 %. Le capital est alors dû intégralement.

Elle est dite PARTIELLE dans le cas contraire et seul un pourcentage du capital égal au taux de l'invalidité s'y rapportant est versé.

En cas d'invalidité Permanente par accident, le montant maximum versé à l'Adhérent égal à **30 000 €**.

Risques exclus relatifs aux garanties « Prévoyance » :

1. **les accidents causés par la cécité, la paralysie, les maladies mentales, ainsi que toutes les maladies et infirmités existantes au moment de l'adhésion au contrat,**
2. **les accidents causés par l'usage d'un cycle à moteur d'une cylindrée supérieure à 125 cm³ en tant que conducteur ou passager,**
3. **les accidents résultant de votre activité professionnelle,**
4. **les accidents causés lors du transport effectué par une société non agréée pour le transport public de personnes,**
5. **les accidents résultant d'exercices effectués sous l'autorité militaire.**



PREVOYANCE

Capital décès non accidentel		1 000 €
Capital décès accidentel		8 000 €
Capital incapacité permanente totale suite à accident		30 000 €
Barème :	Droit*	Gauche*
Perte complète :		
du bras	75 %	60 %
de l'avant bras ou de la main	65 %	55 %
du pouce	20 %	18 %
de l'index	16 %	14 %
du majeur	12 %	10 %
de l'annulaire	10 %	8 %
de l'auriculaire	8 %	6 %
de la cuisse		60 %
de la jambe		50 %
de deux membres		100 %
du pied		40 %
du gros orteil		5 %
des autres orteils		3 %
des deux yeux		100 %
de l'acuité visuelle ou d'un œil		30 %
surdité complète, incurable et non appareillable		40 %
surdité complète, incurable et non appareillable d'une oreille		15 %
aliénation mentale totale ou incurable		100 %

*S'il est médicalement établi que l'Adhérent est gaucher, le taux d'invalidité prévu pour le membre supérieur droit doit s'appliquer au membre supérieur gauche et inversement.

Les taux d'invalidité qui ne figurent pas dans le barème sont déterminés en comparant leur gravité aux cas énumérés ci-dessus sans tenir compte de la profession de la victime.

Par perte on entend l'amputation complète ou la paralysie totale du membre considéré, ou encore l'ankylose définitive et permanente e toutes les articulations qui le composent.

Les prestations qui sont versées par l'Assureur sont complémentaires à celles de tout autre régime de Sécurité sociale ou tout organisme complémentaire dont il pourrait bénéficier personnellement, notamment les prestations garanties par la carte de santé européenne.

Formalités à effectuer pour la prise en charge des frais médicaux et de prévoyance :

Dans le cadre de l'analyse d'un dossier, l'expert médical de l'assureur peut être amené à demander toute information et pièce justificative nécessaire pour traiter le sinistre. Si les documents fournis s'avèrent incomplets ou soulèvent un doute l'expert médical de l'Assureur est habilité à demander des données aux organisations et personnes suivantes dans le cadre du respect de l'Article relatif aux Données personnelles.

- Médecins,
- Hôpitaux,
- Autres institutions médicales,
- Maisons de soins,
- Personnel soignant,
- Autres assureurs,
- Les organismes d'assurance maladie de base,
- Les organisations d'assurance professionnelle, et



- Organismes officiels

Dans l'hypothèse où les assurés, y compris les ayants-droits et/ou bénéficiaires, tels que définis au présent contrat, rejettent explicitement la collecte de leurs données personnelles dans le cadre du traitement des sinistres ou révoquent leur consentement, l'Assureur ne pourra être tenu responsable du non-paiement des prestations.

Toute information fournie par l'Adhérent ou l'une des personnes à sa charge qui s'avérera erronée, falsifiée, exagérée, ou encore tous agissements frauduleux ou dolosifs de leur part entraîneront la responsabilité directe de l'Adhérent et la répétition des sommes indûment payées par l'Assureur sur la base de ces données incorrectes.

En cas d'hospitalisation, d'acte chirurgical, de radiographie ou de traitement médical, une demande d'entente préalable doit être adressée à l'Assureur. Une demande d'entente préalable se compose d'un rapport médical et d'un devis détaillé se rapportant aux soins pour lesquels la demande d'entente préalable a été formulée. Tout manquement à cette obligation pourrait entraîner un refus de prise en charge. En cas d'hospitalisation, l'Adhérent peut demander une prise en charge, afin de lui éviter l'avance des fonds.

Demandes de remboursement de frais médicaux :

Pour toute demande de remboursement vous devez adresser à :

ACS – Service médical
A l'attention du médecin-conseil
153, rue de l'Université – 75007 Paris - France
Tél. 00 33 (0)1 40 47 91 00 - Fax. 00 33 (0)1 40 47 61 90
servicemedical@acs-ami.com

Les justificatifs ci-dessous :

- votre numéro d'attestation, les originaux des factures acquittées des médecins et des établissements médicaux, ainsi que les ordonnances mentionnant les médicaments correspondants et tout document médical indiquant le diagnostic ;
- Les frais médicaux inférieurs à 500€, peuvent être envoyés via notre plateforme sécurisée : <https://clems.acs-ami.com>. Néanmoins, nous nous réservons le droit de vous demander l'envoi des documents originaux dans un délai de deux ans.
En cas d'impossibilité pour l'assuré de fournir les originaux, à la demande de l'Assureur le bénéficiaire de la garantie s'engage à lui reverser, dans les meilleurs délais, les prestations perçues sur la base des documents numérisés. Ainsi, l'Assureur peut opérer toute compensation entre les sommes dues à ce titre et les autres prestations dues par l'Assureur à l'Adhérent.

Pour les **frais d'hospitalisation supérieure à 24 heures**, il est possible d'obtenir une prise en charge en prenant contact préalablement avec notre service Assistance Médicale, disponible 24h/24 (Vyv International Assistance : ops@vyv-ia.com / 00 33 (0)5.86.85.00.50).

L'assureur peut demander tout autre justificatif complémentaire qui lui est nécessaire.

En cas de décès non accidentel : le décès ne pourra ouvrir droit aux prestations que s'il est déclaré, sauf cas de force majeure, dans le délai de six mois suivant la date du décès et sous réserve de fournir les documents suivants :

- un certificat médical de mort naturelle établi par le médecin qui a constaté le décès,
- une copie intégrale de l'acte de naissance,
- une photocopie du livret de famille,
- une copie intégrale de l'acte de naissance de ou des bénéficiaires,
- le dernier avis d'imposition.



En cas de décès accidentel ou d'invalidité permanente suite à accident :

Votre déclaration de sinistre doit nous parvenir dans les 5 jours ouvrés sauf cas fortuit ou de force majeure ; si ce délai n'est pas respecté et que de ce fait, nous subissons un préjudice, vous perdez tout droit à indemnité.

Votre déclaration de sinistre doit être accompagnée au minimum des éléments suivants :

- le certificat médical initial de constatation des lésions,
- les déclarations éventuelles de témoins de l'accident,
- le constat ou la déclaration établissant les circonstances précises de survenance de l'accident.

Pendant votre traitement, vous devez vous soumettre au contrôle de notre médecin conseil afin qu'il puisse évaluer les conséquences de l'accident. Vous vous engagez à subir les examens médicaux qu'il décidera de pratiquer ainsi qu'à nous fournir tous les éléments nécessaires à l'instruction de votre dossier.

Si vous le désirez, vous pouvez vous faire accompagner par un médecin de votre choix.

En cas de désaccord portant soit sur les causes du décès ou des lésions, soit sur les conséquences indemnisables de l'accident, nous soumettons le différend à deux experts choisis l'un par vous ou vos ayants-droit, l'autre par nous sous réserve de nos droits respectifs. En cas de divergence, un troisième expert est nommé, soit d'un commun accord, soit par le président du tribunal de Grande Instance de votre lieu de résidence statuant en référé.

Chacun d'entre nous prend à sa charge les frais et honoraires de son expert. Les honoraires du tiers expert sont supportés à charge égale par les deux parties.

4/ Garanties d'Assistance

Assistance rapatriement

Si vous vous trouvez dans une des situations évoquées ci-après, nous mettons en œuvre, les services décrits, sur simple appel téléphonique (PCV accepté de l'étranger).

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

En aucun cas, VYV International Assistance ne se substitue aux organismes locaux de secours d'urgence.

Que garantissons-nous ?

Rapatriement ou transport sanitaire

Si vous êtes malade ou blessé à la suite d'un événement garanti et que votre état de santé nécessite un transfert, les infrastructures médicales locales ne disposant pas des capacités pour dispenser les soins appropriés, nous organisons et prenons en charge votre transfert :

- soit vers le centre hospitalier compétent le plus proche
- soit vers le centre hospitalier compétent le plus proche de son domicile dans son pays de résidence
- soit nous organisons et prenons en charge son rapatriement jusqu'à son domicile dans son pays de résidence.



Selon la gravité du cas, le rapatriement ou le transport est effectué sous surveillance médicale, si nécessaire, par le plus approprié des moyens suivants :

- avion sanitaire spécial
- avion de ligne régulière, train, ambulance.

Seules les exigences d'ordre médical sont prises en considération pour arrêter la date du rapatriement, le choix du moyen de transport ou du lieu d'hospitalisation.

La décision de rapatriement est prise par notre Médecin-conseil, après avis du médecin traitant occasionnel et éventuellement du médecin de famille.

Lors de votre rapatriement, et sur prescription de notre Médecin-conseil, nous organisons et prenons en charge le transport d'un accompagnant à vos côtés.

Tout refus de la solution proposée par notre équipe médicale entraîne l'annulation de la garantie d'assistance aux personnes.

Prolongation de séjour pour raisons médicales

Si Vous êtes hospitalisé lors d'un déplacement garanti et que nos médecins jugent que cette hospitalisation est nécessaire au-delà de votre date initiale de retour, nous prenons en charge votre billet retour, ainsi que le billet retour et les frais d'hébergement (chambre et petit-déjeuner) des membres de votre famille bénéficiaires ou d'un accompagnant assuré pour rester à votre chevet, à concurrence du montant et pour le délai maximum indiqué au Tableau des Garanties.

Si votre état de santé attesté médicalement ne justifie pas votre hospitalisation, mais vous empêche d'entreprendre votre retour à la date initialement prévue (notamment en cas de quarantaine) nous prenons en charge vos frais supplémentaires de séjour à l'hôtel ainsi que ceux des membres de votre famille assurés ou d'une personne assurée au titre du présent contrat et vous accompagnant, à concurrence du montant et pour le délai maximum indiqué au Tableau des Garanties. Dès que les conditions le permettent, nous organisons et prenons en charge vos frais supplémentaires de transport et éventuellement ceux des membres de votre famille assurés ou d'une personne assurée et restée près de vous, si les titres de transport prévus pour votre retour et les leurs ne peuvent être utilisés du fait de cet événement.

Seules les exigences d'ordre médical sont prises en considération pour accorder cette garantie.

Les frais de restauration ou autres dépenses ne sont pas pris en charge.

Cette garantie n'est pas cumulable avec la garantie « Présence en cas d'hospitalisation »

Présence en cas d'hospitalisation

Si vous êtes hospitalisé et que votre état de santé ne permet pas de vous rapatrier avant 7 jours, nous organisons et prenons en charge les frais de transport d'un membre de votre famille ou d'une personne désignée, et resté(e) dans votre pays de résidence, pour se rendre à votre chevet à l'hôpital.

Nous prenons également en charge les frais d'hôtel de cette personne à concurrence du montant indiqué au tableau des montants de garantie, et organisons son retour dès votre sortie de l'hôpital.

Cette garantie ne s'applique pas si vous êtes déjà accompagné d'un membre de votre famille proche sur place.

Transport du corps en cas de décès

En cas de décès à la suite d'un événement garanti, nous organisons et prenons en charge le transport du corps depuis le lieu de mise en bière, jusqu'à l'aéroport international le plus proche de votre domicile.



Nous prenons également en charge les frais annexes nécessaires au transport, dont le coût du cercueil, permettant le transport, à concurrence du montant indiqué au tableau des montants de garantie. Les frais de cérémonie, d'accessoires, d'inhumation ou de crémation restent à la charge des familles.

Retour prématuré

Si vous devez interrompre prématurément votre voyage en cas de décès d'un membre de votre famille proche (tel que ce terme est défini dans le chapitre définitions), nous prenons en charge vos frais supplémentaires de transport et ceux des membres de votre famille proche assurés pour vous permettre d'assister aux obsèques, si les titres de transport prévus pour votre voyage de retour et le leur ne peuvent être utilisés du fait de cet événement.

Frais de recherche

Nous prenons en charge à concurrence du montant indiqué au tableau des montants de garantie, les frais de recherche en mer ou en montagne à la suite d'un événement mettant votre vie en péril. Seuls les frais facturés par une société dûment agréée pour ces activités peuvent être remboursés.

Avance de fonds à l'étranger

À la suite d'un vol ou de perte de vos moyens de paiement (carte de crédit, chéquier ...) ou de votre titre de transport initial, nous vous accordons une avance de fonds à concurrence du montant indiqué au tableau des montants de garantie. Cette avance est subordonnée à l'établissement d'un formulaire de reconnaissance de dette.

Vous vous engagez à nous rembourser cette avance dans un délai de 3 (trois) mois à compter de sa mise à disposition. Passé ce délai, nous sommes en droit d'exiger le montant de l'avance consentie augmentés des intérêts légaux.

Envoi de médicaments à l'étranger

Nous prenons en charge les frais d'envoi de médicaments indispensables à la poursuite d'un traitement médical en cours prescrit par un médecin, dans le cas où, ne disposant plus de ces médicaments, suite à un événement imprévisible, il vous est impossible de vous les procurer sur place ou d'obtenir leur équivalent. Le coût de ces médicaments reste dans tous les cas à votre charge.

Transmission de messages

Nous nous chargeons de transmettre les messages qui vous sont destinés lorsque vous ne pouvez être joint directement, par exemple, en cas d'hospitalisation.

De même, nous pouvons communiquer, sur appel d'un membre de votre famille proche, un message que vous aurez laissé à son attention.

Assistance juridique à l'étranger

a – Paiement d'honoraires

Nous prenons en charge à concurrence du montant indiqué au tableau des montants de garantie, les honoraires des représentants judiciaires auxquels vous faites appel, si vous êtes poursuivi pour infraction involontaire à la législation du pays étranger dans lequel vous vous trouvez.

b – Avance de la caution pénale

Si, en cas d'infractions involontaires à la législation du pays dans lequel vous vous trouvez, vous êtes astreint par les autorités au versement d'une caution pénale, nous en faisons l'avance à concurrence du montant indiqué au tableau des montants de garantie.

Le remboursement de cette avance doit s'effectuer dans un délai d'un mois suivant la présentation de la demande de remboursement que nous vous adressons.

Si la caution pénale est remboursée avant ce délai par les autorités du pays, elle doit nous être aussitôt restituée.



Quelles sont les limites applicables en cas de force majeure ?

Nous ne pouvons être tenus pour responsables des manquements à l'exécution des prestations d'Assistance résultant de cas de force majeure ou des événements suivants :

- Guerres civiles ou étrangères, instabilité politique notoire, mouvements populaires, émeutes, actes de terrorisme, représailles, restrictions à la libre circulation des personnes et des biens, grèves, explosions, catastrophes naturelles, désintégration du noyau atomique, ni des retards dans l'exécution des prestations résultant des mêmes causes.

Quelles sont les exclusions des Garanties Assistance

Nous ne pouvons intervenir si la demande d'assistance est consécutive aux :

- catastrophes naturelles, à la pollution,
- voyages entrepris dans un but de diagnostic et / ou de traitement,
- états de grossesse sauf complication imprévisible, et dans tous les cas à partir de la 32^{ème} semaine de grossesse,
- événements suivants :
 - o exposition à des agents biologiques infectants,
 - o exposition à des agents chimiques type gaz de combat,
 - o exposition à des agents incapacitants,
 - o exposition à des agents radioactifs,
 - o exposition à des agents neurotoxiques ou à effets neurotoxiques rémanents, qui font l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillances spécifiques ou de recommandations de la part des autorités sanitaires internationales ou des autorités sanitaires locales.

Quelles sont vos obligations en cas de sinistre ?

Pour toute demande d'assistance, vous devez contacter, 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 VYV International Assistance : ops@vyv-ia.com / 00 33 (0)5.86.85.00.50 afin d'obtenir notre accord préalable avant de prendre toute initiative ou d'engager toute dépense. Lorsque nous avons organisé votre transport ou votre rapatriement, vous devez nous restituer les titres de transport initiaux, ceux-ci devenant la propriété de VYV International Assistance.

5/ Garantie Responsabilité civile

Que garantissons-nous ?

Nous garantissons les conséquences pécuniaires de la responsabilité civile que vous pouvez encourir dans le cadre de votre vie privée, y compris lors de stages de formation conventionnés au titre, d'une part, des dommages corporels et/ou matériels et, d'autre part, des dommages immatériels qui leur sont consécutifs, causés accidentellement à toute personne autre qu'un membre de votre famille, par votre fait ou celui de choses ou animaux dont vous avez la garde, ceci à concurrence du montant et d'une franchise indiqués au tableau des montants de garantie.

La garantie s'applique également aux objets confiés dans le cadre de stage conventionné dans la limite du montant indiqué au tableau des montants de garantie.

Ce que nous excluons

Outre les exclusions figurant à la rubrique «Risques exclus relatifs à toutes les garanties», notre garantie ne s'applique pas :

1. aux dommages que vous avez causés ou provoqués intentionnellement,
2. aux dommages résultant de l'usage de véhicules terrestres à moteur, de bateaux à voile et à moteur, et appareils de la navigation aérienne,
3. aux dommages résultant de toute activité professionnelle,



4. **aux objets confiés à l'Adhérent (sauf dans le cadre de stages conventionnés),**
5. **aux conséquences de tous sinistres matériels et/ou corporels vous atteignant personnellement ainsi que les membres de votre famille,**
6. **aux dommages immatériels sauf lorsqu'ils sont la conséquence directe de dommages accidentels, matériels et/ou corporels garantis,**
7. **aux dommages résultant de la pratique de sports aériens ou de la chasse,**
8. **aux dommages que vous avez causés en raison d'un incendie, d'une explosion ou d'un dégât des eaux,**
9. **aux stages effectués dans les domaines médicaux et paramédicaux (sauf aux stages exclusivement d'observation).**

Quelles sont les limites de notre garantie ?

Transaction – Reconnaissance de responsabilité

Vous ne devez accepter aucune reconnaissance de responsabilité, ni aucune transaction sans notre accord préalable et écrit.

Toutefois, la simple reconnaissance de la matérialité de certains 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 devoir moral d'accomplir.

Vous devez nous aviser dans les 5 jours ouvrés sauf cas fortuit ou de force majeure de tout événement susceptible d'engager votre responsabilité civile ; si ce délai n'est pas respecté et que de ce fait, nous subissons un préjudice, vous encourez la déchéance de votre garantie.

Procédure

En cas d'action judiciaire 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 simple fait de pourvoir à titre conservatoire à votre défense ne peut en aucun cas être interprété en soi comme une reconnaissance de garantie et n'implique nullement que nous acceptons de prendre en charge les conséquences dommageables d'événements qui ne seraient pas expressément garantis par le présent contrat.

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 provision à votre place.

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 pendant devant une juridiction pénale 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 aura résulté pour nous.



Frais de procès

Nous prenons en charge les frais de procès, de quittance et autres frais de règlement.

Toutefois, si vous êtes condamné pour un montant supérieur à celui de la garantie, chacun d'entre nous supporte ces frais dans la proportion de sa part respective dans la condamnation.

Quelles sont vos obligations en cas de sinistre ?

Pour toute demande de déclaration de sinistre, vous devez nous contacter à l'adresse suivante : ACS, Service Sinistres, 153 rue de l'Université, 75007, Paris, France / servicesinistres@acs-ami.com.

6/ Garantie Bagages

Nous garantissons pendant le trajet aller-retour uniquement (départ initial et retour définitif), et lorsqu'ils sont sous la responsabilité de l'Entreprise de transport, vos bagages, objets et effets personnels emportés avec vous ou achetés en cours de voyage, en cas de :

- vol,
- destruction totale ou partielle,
- perte pendant l'acheminement par l'Entreprise de transport.

Le montant assuré est indiqué au tableau des montants de garantie, et constitue le maximum de remboursement pour tous les sinistres survenus pendant la période de garantie.

Exclusions à la garantie Bagages :

Outre les exclusions figurant à la rubrique « Risques exclus relatifs à toutes les garanties », nous ne pouvons garantir :

- 1. les objets fragiles tels qu'objets en porcelaine, verre, ivoire, poterie, marbre,**
- 2. les objets désignés ci-après : bijoux et appareils de reproduction du son et/ou de l'image et accessoires correspondants, documents enregistrés sur bandes ou films, ainsi que le matériel professionnel, les portables informatiques, les mobiles téléphoniques, les articles de sport, les instruments de musique, les produits alimentaires, les briquets, les stylos, les cigarettes, les alcools, les objets d'art, les produits de beauté et les pellicules photo, toute prothèse, appareillage de toute nature, titres de valeur, lunettes, lentilles de contact, clefs de toutes sortes.**
- 3. l'argent en espèces ni les documents désignés ci-après : passeport, carte d'identité ou de séjour, carte grise et permis de conduire, cartes de crédit, livres, titres de transport.**

Calcul de l'indemnité :

Vous êtes indemnisé sur justificatif et sur la base de la valeur de remplacement par des objets équivalents et de même nature, vétusté déduite.

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

Quelles sont vos obligations ?

Notre remboursement étant complémentaire de celui de l'Entreprise de transport, votre déclaration de sinistre doit être accompagnée de la copie des documents établis par l'Entreprise de transport attestant le remboursement de vos bagages.

La déclaration de sinistre doit parvenir à ACS, Service Sinistres, 153 rue de l'Université, 75007, Paris, France / servicesinistres@acs-ami.com dans les trois mois à compter de la date de remboursement par l'Entreprise de transport sauf cas fortuit ou de force majeure ; si ce délai n'est pas respecté et que de ce fait, nous subissons un préjudice, vous perdrez tout droit à indemnité.



La déclaration de sinistre doit être accompagnée des éléments suivants :

- Le récépissé d'un dépôt de plainte en cas de vol, perte, destruction partielle ou totale, auprès d'une autorité compétente.
- Le constat de perte ou de destruction établi auprès du transporteur (maritime, aérien, ferroviaire, routier) lorsque les bagages ou objets se sont égarés, ont été endommagés ou volés pendant la période où ils se trouvaient sous la garde juridique du transporteur.
- La copie de la liste des objets déclarés endommagés ou volés, remise à la compagnie de transport,
- La lettre de remboursement de la compagnie aérienne ou de transport faisant état de l'indemnisation qui vous a été versée,
- La copie des justificatifs d'achat des objets endommagés ou volés.

En cas de non-présentation de ces documents, vous encourez la déchéance de vos droits à indemnisation. Les sommes assurées ne peuvent être considérées comme preuve de la valeur des biens pour lesquels vous demandez indemnisation, ni comme preuve de l'existence de ces biens.

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

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

Que se passe-t-il si vous récupérez tout ou partie des bagages, objets ou effets personnels ?

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

- si nous ne vous avons pas encore réglé l'indemnité, vous devez reprendre possession desdits bagages, objets, ou effets personnels ; nous ne sommes alors tenus qu'au paiement des détériorations ou manquants éventuels ;
- si nous vous avons déjà indemnisé, vous pouvez opter dans un délai de 15 jours :
 - 1/ soit pour le délaissement desdits bagages, objets ou effets personnels à notre profit,
 - 2/ soit pour la reprise desdits bagages, objets ou effets personnels moyennant la restitution de l'indemnité que vous avez reçue déduction faite, le cas échéant, de la partie de cette indemnité correspondant aux détériorations ou manquants.

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

7/ Risques exclus relatifs à toutes les garanties

Les frais engagés ne sont pas pris en charge par l'Assureur s'ils résultent des faits suivants :

- 1. maladies et accidents dont l'origine est antérieure à la date d'effet du contrat,**
- 2. maladies ou accidents qui sont le fait d'un acte intentionnel ou inconsidéré de la personne garantie, de mutilations volontaires ou d'une tentative de suicide,**
- 3. procédure pénale dont l'Adhérent fait l'objet,**
- 4. accidents ou maladies survenant ou contractés, lors de la participation ou de l'entraînement à des matchs ou compétitions officiels, organisés par une fédération sportive ainsi que les activités sportives à titre professionnel et les conséquences de la pratique des sports ou activités suivantes :**



- alpinisme, luge de compétition, sports aériens, scooter des mers, sports de combat, sports de glisse hors-piste,
5. de la participation de l'Adhérent à des duels, paris, crimes et délits, rixes (sauf légitime défense), grèves,
 6. des conséquences de l'usage de médicaments, drogues ou stupéfiants non prescrits médicalement,
 7. des conséquences d'un état alcoolique ou d'une ivresse manifeste,
 8. accidents causés par des cyclones, tremblements de terre, éruptions volcaniques ou autres cataclysmes,
 9. accidents ou maladies dus à la désintégration du noyau atomique ainsi que les sinistres dus aux effets de radiations provoqués par l'accélération artificielle de particules,
 10. actes de terrorisme ou de sabotage, de guerre étrangère, de guerre civile, d'émeutes ou de mouvements populaires, dans les conditions prévues à l'article L 121.8 du Code des assurances,
 11. absence d'aléa,
 12. conséquences d'une inobservation volontaire à la réglementation des pays visités, ou de la pratique d'activités prohibées par les autorités locales.

L'Assureur ne sera pas tenu comme engagé par la couverture d'une garantie d'assurance (ou de réassurance), ni par le règlement d'un sinistre ou la fourniture de prestations au titre des présentes dispositions si cette couverture, ce règlement ou ces prestations l'exposent à une quelconque sanction, interdiction ou restriction au titre de résolutions des Nations-Unies en matière de sanctions économiques ou commerciales, ou en vertu des lois et réglementations de l'Union Européenne, des États-Unis d'Amérique ou de toute autre juridiction.

8/ Bases du Contrat d'Assurance

Ce contrat est régi par le Code de la mutualité pour les Garanties Frais Médicaux, Assistance-rapatriement et Décès non accidentel et le Code des assurances pour les garanties Perte de bagages, en cas de Décès accidentel ou d'invalidité permanente suite à un Accident et Responsabilité Civile.

La définition des garanties, la tarification et leurs règles d'application tiennent compte des dispositions législatives et réglementaires en vigueur à la date d'effet du contrat d'assurance, objet de la notice.

SUBROGATION

L'Assureur est subrogé jusqu'à concurrence de l'indemnité versée par lui, dans les droits et actions de l'Assuré contre les tiers responsables du sinistre.

Dans le cas où la subrogation ne pourrait plus, du fait de l'Assuré, s'opérer en faveur de l'Assureur, ce dernier sera alors déchargé de ses obligations à l'égard de l'Assuré dans la mesure où aurait pu s'exercer la subrogation.

PRESCRIPTION DES ACTIONS DÉRIVANT DU CONTRAT D'ASSURANCE

Les dispositions relatives à la prescription des actions dérivant du contrat d'assurance sont fixées par les articles L. 114-1 à L. 114-3 du Code des assurances, et L. 221-11 à L. 221-12-1 du Code de la mutualité reproduits ci-après :

Article L. 114-1 du Code des assurances et L. 221-11 du Code de la mutualité :

Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

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

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



Quand l'action de l'Assuré contre l'Assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'Assuré ou a été indemnisé par ce dernier. La prescription est portée à 10 ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du Souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'Assuré décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard 30 ans à compter du décès de l'Assuré.

Article L. 114-2 du Code des assurances et L. 221-12 du Code de la mutualité :

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 cotisation et par l'Assuré à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Article L. 114-3 du Code des assurances et L.221-12-1 du Code de la mutualité :

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.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription énoncées aux articles 2240 et suivants du Code civil et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque.

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription prévues par le Code civil sont :

- La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (article 2240 du Code civil),
- La demande en justice (articles 2241 à 2243 du Code civil),
- Une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte en exécution forcée (article 2244 du Code civil),
- L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit contre lequel il prescrivait (article 2245 du Code civil),
- L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance pour les cas de prescription applicables aux cautions (article 2246 du Code civil).

Lutte anti blanchiment

Les contrôles que nous sommes légalement tenus d'effectuer au titre de la lutte contre le blanchiment d'argent et contre le financement du terrorisme, notamment sur les mouvements de capitaux transfrontaliers, peuvent nous conduire à tout moment à vous demander des explications ou justificatifs, y compris sur l'acquisition de biens assurés. Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée par la loi du 6 août 2004 et au Code monétaire et financier, vous bénéficiez d'un droit d'accès aux données vous concernant en adressant un courrier à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

Tribunaux compétents / Loi applicable

Les relations précontractuelles et contractuelles sont régies par la loi française et principalement le Code des assurances et le Code de la mutualité.

Toute action judiciaire relative au présent contrat sera de la seule compétence des tribunaux français.

Toutefois si vous êtes domicilié dans la Principauté de Monaco, les tribunaux monégasques seront compétents en cas de litige entre vous et nous.

La langue utilisée dans le cadre des relations précontractuelles et contractuelles est la langue française.



FACULTE DE RENONCIATION

Si vous êtes déjà assuré pour le même risque :

Vous êtes invité à vérifier que vous n'êtes pas déjà bénéficiaire d'une garantie couvrant l'un des risques garantis par le nouveau contrat. Si tel est le cas, vous bénéficiez d'un droit de renonciation à ce contrat pendant un délai de 14 jours (calendaires) à compter de sa conclusion, sans frais ni pénalités, si toutes les conditions suivantes sont remplies

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

Dans cette situation, vous pouvez exercer votre droit à renoncer à ce contrat par lettre ou tout autre support durable adressé à ACS, 153, rue de l'Université, 75007, Paris, FRANCE, accompagné d'un document justifiant que vous bénéficiez déjà d'une garantie pour l'un des risques garantis par le nouveau contrat. Nous sommes tenus de vous rembourser la cotisation payée, dans un délai de 30 jours à compter de votre renonciation.

« Je soussigné M.....demeurantrenonce à mon contrat N°.....souscrit auprès d'..... J'atteste n'avoir connaissance à la date d'envoi de cette lettre, d'aucun sinistre mettant en jeu une garantie du contrat. »

9/ Protection des données personnelles

Conformément à la Loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et dans le cadre de la gestion du contrat d'assurance, les données à caractère personnel de l'Adhérent pourront être transférées à l'Organisme assureur, ses délégataires, ses prestataires, ses sous-traitants ou ses réassureurs. Les assurés sont informés que des traitements les concernant, ainsi que ceux de leurs éventuels bénéficiaires, sont mis en œuvre dans le cadre de la passation, la gestion et l'exécution du présent contrat d'assurance ainsi que pour sa gestion commerciale. Elles pourront aussi être utilisées dans le cadre des opérations de contrôle, de prospection, de lutte contre la fraude et le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme, de recherche des bénéficiaires de contrats décès non réglés, d'exécution des dispositions légales et réglementaires, et ce, en application du présent contrat.

Les données collectées sont indispensables à la mise en œuvre de ces traitements et sont destinées aux services concernés de l'Organisme assureur et son Délégué de gestion ainsi que, le cas échéant, à ses sous-traitants, prestataires ou partenaires. L'Organisme assureur est tenu de s'assurer que ces données sont exactes, complètes et, le cas échéant, mises à jour. Les données collectées seront conservées pendant toute la durée de la relation contractuelle augmentée des prescriptions légales ou dans le respect des durées prévues par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

Ces données personnelles pourront faire l'objet de transferts vers des prestataires de services ou des sous-traitants établis dans des pays situés hors de l'Union Européenne. Ces transferts ne pourront concerner que des pays reconnus par la Commission Européenne comme disposant d'un niveau de protection adéquat des données à caractère personnel, ou des destinataires présentant des garanties appropriées.

Les assurés et/ou les bénéficiaires disposent d'un droit d'accès, de rectification ou d'effacement, de limitation du traitement de leurs données, de portabilité, d'opposition aux traitements, ainsi que du droit de définir des directives sur leur sort après leur décès.



Ils peuvent exercer ces droits en contactant :

**ACS,
A l'attention du Data Protection Officer,
153, rue de l'Université,
75007 Paris,
France
dpo@acs-ami.com**

Lors de l'exercice de leurs droits, la production d'un titre d'identité peut être demandée. En cas de litige persistant, ils disposent d'un droit de saisir la CNIL sur www.cnil.fr ou à 3, place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 Paris cedex 7, France.

10/ Médiation

QUELLES SONT LES MODALITES D'EXAMEN DES RECLAMATIONS ?

En cas de difficultés dans l'application de votre contrat, la société ACS est en mesure d'étudier toutes vos demandes et réclamations. Vous pouvez adresser vos réclamations à notre service dédié au traitement des réclamations, dont les coordonnées sont mentionnées ci-dessous :

**ACS, Service Réclamations,
153 rue de l'Université, 75007 PARIS, France –
recla@acs-ami.com**

ACS s'engage, à compter de la date d'envoi de votre réclamation écrite, à accuser réception de votre réclamation dans un délai de 10 jours et à vous apporter une réponse dans un délai maximum de 2 mois.

En tout état de cause, passé ce délai de deux mois, et quelle que soit la réponse qui vous aura été apportée ou bien en l'absence de réponse, vous pouvez faire appel :

Pour les garanties assurées par MGEN, au Médiateur MGEN dont les coordonnées sont les suivantes :

**CNPM - MÉDIATION – CONSOMMATION
27 Avenue de la Libération 42400 SAINT-CHAMOND
www.cnpm-mediation-consommation.eu**

Pour les garanties assurées par Chubb European Group SE, au Médiateur de l'Assurance dont les coordonnées sont les suivantes :

**LMA
TSA 50110 - 75441 PARIS CEDEX 09 France,
www.mediation-assurance.org**

11/ Autorité chargée du contrôle de l'assureur et de la mutuelle

L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) 4 place de Budapest CS 92459 75436 Paris Cedex 09, France.



12/ Droit d'opposition des consommateurs au démarchage téléphonique

Si vous ne souhaitez pas faire l'objet de prospection commerciale par téléphone, vous pouvez gratuitement vous inscrire sur une liste d'opposition au démarchage téléphonique. Toutefois, le démarchage téléphonique pour vous proposer de nouvelles offres reste autorisé à tous les professionnels avec lesquels vous avez au moins un contrat en cours. Ces dispositions sont applicables à tout consommateur, c'est-à-dire à toute personne physique qui agit à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale, industrielle, artisanale ou libérale.

13/ Numéros d'urgence

Pour toute demande d'assistance ou prise en charge d'une hospitalisation, contactez-nous, 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 : VYV International Assistance, ops@vyv-ia.com / 00 33 (0)5.86.85.00.50

Pour toute question sur ce contrat, pour la prise en charge de vos garanties, pour vos demandes de remboursement, contactez :

ACS
153, rue de l'Université – 75007 Paris - France
Tél. 00 33 (0)1 40 47 91 00
Fax. 00 33 (0)1 40 47 61 90
contact@acs-ami.com



14/ Tableau des montants de garantie

FRAIS MEDICAUX (1)

Maximum 300 000 € / personne / an (2)

Chirurgie et hospitalisation	100% des frais réels *
Consultations, pharmacie, analyses, radiographies, actes paramédicaux	100% des frais réels *
Soins dentaires d'urgence	100% jusqu'à 300 € *
Soins dentaires suite à un accident	100% jusqu'à 600 € *

***Pour les étudiants : Dans votre pays de résidence, pendant vos retours pour vacances scolaires les mêmes garanties vous sont acquises en cas d'urgence uniquement avec un maximum de 15 000€.**

PREVOYANCE

Capital décès non accidentel	1 000 €
Capital décès accidentel	8 000 €
Capital incapacité permanente totale suite à accident	30 000 €

RESPONSABILITE CIVILE VIE PRIVÉE

Sont garantis les dommages causés à autrui pendant la durée du voyage et du séjour

Franchise pour les trois garanties	100 € par dossier et par sinistre
Dommages corporels	4 500 000 €
Dommages matériels et immatériels	450 000 €
Objets confiés dans le cadre de stages	11 500 €

ASSISTANCE

Transport médical	100% des frais réels
Rapatriement sanitaire	100% des frais réels
Présence d'un proche en cas d'hospitalisation de plus de 7 jours	Billet A/R + 80 € par nuit (maxi 8 nuits)
Transport du corps en cas de décès	100% des frais réels, frais funéraires plafonnés à 1 500€
Retour anticipé suite au décès d'un membre de la famille proche	Billet Retour
Prolongation du séjour pour raisons médicales	80€ par nuit (maxi 15 nuits)
Envoi de médicaments indispensables et introuvables sur place	100% des frais réels
Transmission de messages urgents	100% des frais réels
Frais de recherche	100% jusqu'à 3000 €
Avance de fonds en cas de vol	jusqu'à 700 €
Assistance juridique	jusqu'à 3 000 €
Avance sur caution pénale	jusqu'à 7 000 €
Rapatriement du corps en cas de décès	Frais réels (frais funéraires limités à 1 500 €)

ASSURANCE BAGAGES

Pendant le trajet aller / retour	1 150 €
----------------------------------	---------

(1) Lorsque l'adhérent bénéficie de la sécurité sociale et de tout autre organisme complémentaire, nos remboursements viennent en complément.

(2) Plafonds maximum pour 12 mois de garanties en un ou plusieurs contrats.



15/ Formulaire de demande de Remboursement

FORMULAIRE DE DEMANDE DE REMBOURSEMENT

Compléter et joindre **factures originales acquittées**, copies des ordonnances et des **rapports médicaux**, copie de **passport** (pages d'identification + tampon d'arrivée). Les documents médicaux doivent toujours mentionner les nom et prénom du patient, la date des soins, les coordonnées du praticien, de l'établissement hospitalier, du laboratoire ou du pharmacien. Les reçus de caisse qui ne font pas apparaître toutes ces informations ne sont pas suffisants (une facture détaillée est indispensable). Groupez vos demandes de façon à éviter des remboursements de faible montant et faites des photocopies de tous les documents avant de les adresser à :

ACS Service Médical, A l'attention du Médecin-conseil, 153 rue de l'université 75007 Paris, France.

Les demandes inférieures à 500 € peuvent être envoyées via notre plateforme sécurisée <https://clems.acs-ami.com>.

ATTENTION : L'assureur se réserve le droit de demander à tout moment les ORIGINAUX pendant une durée de 2 ans.

N° d'attestation : G _____ Date de naissance : _____

Nom: _____ Prénom : _____

Adresse de correspondance complète: _____

Téléphone: _____ E-mail personnel: _____

Les soins reçus sont en rapport avec:

Un Accident: Circonstances (date, lieu, détails): _____

Une Maladie / Diagnostic : Pathologie et date : *(Exemple : angine 12/09)* _____

Antécédents médicaux et chirurgicaux en lien direct ou indirect avec l'affection concernée : _____

Date des premiers symptômes : _____

Détails des factures de soins ou Produits médicaux:

Date des soins	Pays	Devise et montant réglé	Soins reçus
1. _____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____
4. _____	_____	_____	_____
5. _____	_____	_____	_____

Commentaires: _____

En cas de remboursement je souhaite recevoir:

- Un virement sur un compte bancaire en euros (joindre codes IBAN et BIC)
- Un virement sur un compte bancaire en devise étrangère (joindre document officiel avec coordonnées bancaires complètes et code SWIFT) **Attention: virements internationaux soumis à des frais bancaires variables et acceptés pour un remboursement minimum de 50€.**
- Un virement bancaire sur un compte tiers : joindre en plus la copie de passeport du titulaire du compte et une autorisation écrite de l'assuré à recevoir le remboursement sur le compte tiers.



Annexe : Déclaration de confidentialité ACS

Protéger la vie privée et les données des assurés est notre priorité absolue. Cette déclaration de confidentialité explique comment sont collectées les données personnelles, quel type de données sont collectées et pourquoi, avec qui elles sont partagées et divulguées. Veuillez lire attentivement cette déclaration.

Traitement des Données Personnelles

Les informations recueillies par ACS, Courtier en assurances, société par actions simplifiée immatriculée au RCS de Paris sous le numéro 317 218 188, et dont le siège social est au 153, rue de l'Université – 75007 Paris, France, soit directement auprès de vous, ou par l'intermédiaire de votre courtier en assurances, font l'objet d'un traitement informatique destiné exclusivement à :

- la préparation, la conclusion, la gestion et l'exécution de votre devis ou contrat (étude des besoins, souscription, établissement d'avenants, calcul et recouvrement des cotisations, gestion des sinistres, traitement des éventuelles réclamations...),
- l'application des dispositions légales, y compris celles en matière de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme, de lutte contre les fraudes,
- la réalisation d'études statistiques et actuarielles,
- la redistribution des risques par la réassurance et la coassurance.

Le traitement de ces données est réalisé dans le respect des obligations relatives au traitement, à l'archivage, l'enregistrement, l'organisation, la limitation et la minimalisation des données, l'adaptation et l'altération, les conditions de retrait, d'utilisation, de consultation et de transfert, la diffusion ou la mise à disposition, la sécurité des données personnelles.

Les destinataires des données sont, dans la limite de leurs attributions respectives et suivant les finalités, les assureurs, les réassureurs, les intermédiaires d'assurance (votre courtier direct le cas échéant), et éventuellement leurs sous-traitants, qui interviennent dans le cadre de l'exécution ou de la gestion de votre contrat, les délégataires de gestion, le médiateur saisi, les autorités légalement autorisées pour le traitement de vos réclamations, Tracfin pour la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme. Des informations vous concernant peuvent également être transmises à toutes personnes intéressées au contrat (souscripteur, assuré, adhérent et bénéficiaire du contrat).

Vous acceptez expressément le recueil et le traitement des données concernant votre santé. Ces données sont nécessaires à l'exécution et à la gestion de votre contrat et de vos garanties, et leur traitement est réalisé à cette seule finalité, dans le respect des règles de confidentialité médicale. Elles sont exclusivement destinées aux Médecins-conseil indépendants ou services d'ACS en charge de la gestion de vos garanties, à ses gestionnaires de frais médicaux et prestataires d'assistance externes le cas échéant, ainsi qu'aux assureurs et réassureurs de votre contrat.

Transfert de Données personnelles :

Par ailleurs, nous vous informons que les données à caractère personnel vous concernant (ou concernant les personnes parties ou intéressées au contrat), peuvent faire l'objet de transferts en dehors de l'Union Européenne, en fonction des besoins induits par la gestion de votre contrat.

Ces transferts visent exclusivement à permettre la gestion des demandes d'assurance et d'assistance et seules les données nécessaires à cette finalité sont transmises.



Les destinataires ou catégories de destinataires habilités à recevoir communication de ces données sont les personnels habilités des gestionnaires de frais médicaux ou prestataires d'assistance externes ainsi que les assureurs le cas échéant.

Ces transferts se font dans le respect des règles en matière de protection des données personnelles applicables dans l'Union Européenne.

Vos droits :

Conformément à la loi « informatique et libertés » n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée en 2004 et 2018 et au règlement UE 2016/679 du 27 avril 2016, vous bénéficiez des Droits d'Accès, de Rectification, de Suppression, de Portabilité relativement aux informations qui vous concernent, ainsi que des droits de Limitation et d'Opposition quant au traitement de vos données personnelles, que vous pouvez exercer en vous adressant par écrit à notre Délégué à la protection des données, à dpo@acs-ami.com ou par courrier à « ACS, à l'attention du DPO, 153, rue de l'Université, 75007 Paris, France » (avec copie d'une pièce d'identité).

Vous avez la faculté d'introduire une réclamation :

- Sur le site de la CNIL en remplissant un formulaire de plainte en ligne.
- Par courrier postal en écrivant à : CNIL - 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07 FRANCE

Concernant vos données de santé, ces droits s'exercent en plus par courrier postal auprès du Médecin-conseil d'ACS (ACS, à l'attention du Médecin Conseil, 153, rue de l'Université, 75007 Paris, France) avec copie d'une pièce d'identité.

Durée de conservation :

Les données personnelles seront conservées conformément aux lois et règlements applicables, notamment :

Documents	Durée de conservation
Offres, cotations	3 ans
Demande individuelle d'affiliation	<ul style="list-style-type: none"> • 5 ans après date de résiliation du contrat (si pas de sinistre), • 5 ans après sortie de l'assurance
Cotisations, Primes	5 ans
Maladie	3 ans après cloture
Dossiers sinistres en cas de décès, Perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA), Incapacité, Invalidité	<ul style="list-style-type: none"> • si la prestation a été réglée : 10 ans à compter de la date de règlement, • si la prestation n'a pas été réglée en totalité ou en partie au(x) bénéficiaire(s) en cas de décès de l'assuré : 30 ans à compter de la date de connaissance du décès de l'assuré par la compagnie ; • si la prestation n'a pas pu être réglée en totalité ou en partie du fait de la disparition ou de l'absence de l'assuré : 30 ans à compter de la date de connaissance par la compagnie du jugement de disparition ou d'absence de l'assuré
Incapacité permanente partielle maladie (IPPM) – Incapacité permanente partielle accident (IPPA)	<ul style="list-style-type: none"> • si réglé : 10 ans, • si non réglé : 30 ans

