

MasterCard FLOA– Notice d'information du contrat n°4.001.569.052 souscrit par FLOA auprès de HELVETIA GLOBAL SOLUTIONS LTD.

Tableau synoptique des garanties

Ce synoptique ne constitue qu'un résumé des garanties dont les conditions, limites, franchises et exclusions sont définies ci-après.	
Assistance	
Transfert / Rapatriement	Frais réels
Présence hospitalisation	
- Transport A/R	Frais réels
- Hébergement	1-10 nuits : jusqu'à 65 € par nuit > 10 nuits : jusqu'à 65 € par nuit pour un montant maximum de 300€
Frais médicaux	
- Hors soins dentaires	Jusqu'à 11 000 € avec une franchise de 75 €
- Soins dentaires	Jusqu'à 155 €
Secours sur piste	Jusqu'à 10 000 €
Chauffeur de remplacement	Frais réels
Assistance judiciaire	
- Avance en cas de caution pénale et frais d'avocat	Jusqu'à 3 100 €
- Participation aux frais d'avocat	Jusqu'à 800 €
Assurance	
Décès/Invalidité permanente	Jusqu'à 95 000 € sauf en cas d'accident à bord d'un véhicule de location (max de 46 000 €)

CONDITIONS COMMUNES ASSISTANCE ET ASSURANCE

MENTIONS LEGALES

Contrat n° 4.001.569.052 souscrit pour le compte des *Assurés* conformément à l'article L112-1 du Code des assurances

- Par FLOA, Société Anonyme au capital de 72 297 200 euros, dont le siège social est situé 71 Rue Lucien Faure - Immeuble G7 - à Bordeaux (33300), immatriculée au RCS de Bordeaux sous le n°434 130 423. FLOA est une entreprise soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) 4 Place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09 et enregistrée à l'ORIAS (www.orias.fr) sous le n° : 07 028 160 (www.orias.fr). N° ADEME : FR200182_01XHWE, ci-après le *Souscripteur*,
- Auprès de Helvetia Global Solutions Ltd : société anonyme de droit liechtensteinois dont le siège social est situé à l'Aeulestrasse 60, 9490 Vaduz, Principauté de Liechtenstein, immatriculée au Registre de Commerce de la Principauté de Liechtenstein sous le numéro FL-0002.191.766-9, agréée en tant qu'entreprise d'assurance par l'autorité de surveillance des marchés financières de la Principauté de Liechtenstein (FMA Liechtenstein). Helvetia est autorisée à exercer les activités d'assurance en France au titre de la libre prestation des services, notifiée à l'ACPR (ID Refassu: 224324). Helvetia est soumis au contrôle de la FMA Liechtenstein, Landstrasse 109, Postfach 279, 9490 Vaduz, Principauté de Liechtenstein., ci-après l'*Assureur*,
- Par l'intermédiaire de NEAT, société par actions simplifiée, au capital social de 77610,25 €, dont le siège social est situé au 117 Quai de Bacalan, 33300 BORDEAUX, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Bordeaux sous le numéro 913 676 581 et auprès de l'ORIAS sous le numéro 22004644, ci-après le *Courtier*.

PRISE D'EFFET ET CESSATION DES GARANTIES

Les conditions de garantie de la présente notice d'information prennent effet à compter du :

- 1^{er} janvier 2024 à 00h00 et s'appliquent aux Sinistres dont la Survenance est postérieure au 1^{er} janvier 2024 à 00h00 pour les cartes nouvellement émises à compter de cette date ainsi que pour les autres cartes ;

Les garanties ne bénéficient aux *Assurés* qu'à compter de la date de délivrance de la *Carte* et pendant sa durée de validité. Toutefois, la déclaration de perte ou de *Vol* de la *Carte* ne suspend pas les garanties.

Le bénéfice des garanties cesse, pour chaque *Assuré* :

- En cas de retrait total d'agrément de l'Assureur, conformément à l'article L 326-12, alinéa 1 du Code des assurances,
- À la résiliation de la Carte,
- En tout état de cause, à la date d'effet de la résiliation du Contrat lorsqu'il n'est pas reconduit,

Le non renouvellement du Contrat entraîne la cessation des garanties pour chaque *Assuré* à partir de la date d'effet de ladite résiliation.

INFORMATION

La présente notice d'information est établie conformément à l'article L.112- 2 du Code des assurances. Elle décrit les garanties, les exclusions et les obligations de l'Assureur et des Assurés.

Il est convenu avec l'Assureur que la responsabilité de la bonne information du Titulaire incombe au Souscripteur.

Le Souscripteur s'engage à informer, par tout moyen à sa convenance, le Titulaire des conditions de garantie prévues à la présente notice d'information. En cas de modification des conditions de garantie, ou en cas de résiliation du présent Contrat, le Souscripteur informera, par tout moyen à sa convenance, le Titulaire dans les conditions prévues aux conditions générales du contrat Carte conclu avec le Souscripteur.

LOI APPLICABLE

Le présent Contrat est soumis au droit français. En cas de différence de législation entre le Code pénal français et les lois pénales locales en vigueur, il est convenu que le Code pénal français prévaudra quel que soit le pays où s'est produit le Sinistre.

TRIBUNAUX COMPETENTS

Le Contrat est régi exclusivement par la loi française. Tout litige né de l'exécution, de l'inexécution ou de l'interprétation du présent Contrat sera de la compétence exclusive des juridictions françaises.

PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

L'Assuré reconnaît être informé que l'Assureur, traite ses données personnelles conformément à la réglementation relative à la protection des données personnelles en vigueur et que par ailleurs :

- Les réponses aux questions posées sont obligatoires et qu'en cas de fausses déclarations ou d'omissions, les conséquences à son égard peuvent être la nullité de l'adhésion au contrat (article L 113-8 du Code des Assurances) ou la réduction des indemnités (article L 113-9 du Code des Assurances),
- Le traitement des données personnelles est nécessaire à l'adhésion et l'exécution de son contrat et de ses garanties, à la gestion des relations commerciales et contractuelles, ou à l'exécution de dispositions légales, réglementaires ou administratives en vigueur.
- Les données collectées et traitées sont conservées pour la durée nécessaire à l'exécution du contrat ou de l'obligation légale. Ces données sont ensuite archivées conformément aux durées prévues par les dispositions relatives à la prescription.
- Les destinataires des données le concernant sont, dans la limite de leurs attributions, les services de l'Assureur en charge de la passation, gestion et exécution du Contrat d'assurance et des garanties, ses délégataires, mandataires, partenaires, sous- traitants, réassureurs dans le cadre de l'exercice de leurs missions.

Elles peuvent également être transmises s'il y a lieu aux organismes professionnels ainsi qu'à toutes personnes intervenant au contrat tels qu'avocats, experts, auxiliaires de justice et officiers ministériels, curateurs, tuteurs, enquêteurs.

Des informations le concernant peuvent également être transmises au Souscripteur, ainsi qu'à toutes personnes habilitées au titre de Tiers Autorisés (juridictions, arbitres, médiateurs, ministères concernés, autorités de tutelle et de contrôle et tous organismes publics habilités à les recevoir ainsi qu'aux services en charge du contrôle tels les commissaires aux comptes, auditeurs ainsi que services en charge du contrôle interne).

- En sa qualité d'organisme financier, l'Assureur est soumis aux obligations légales issues principalement du code monétaire et financier en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux et contre le financement du terrorisme et, qu'à ce titre, il met en œuvre un traitement de surveillance des contrats pouvant aboutir à la rédaction d'une déclaration de soupçon ou à une mesure de gel des avoirs.
- Les données et les documents concernant l'Assuré sont conservés pour une durée de cinq (5) ans à compter de la clôture du contrat ou de la cessation de la relation.
- Ses données personnelles pourront également être utilisées dans le cadre d'un traitement de lutte contre la fraude à l'assurance pouvant conduire, le cas échéant, à une inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.

Cette inscription pouvant avoir pour effet un allongement de l'étude de son dossier, voire la réduction ou le refus du bénéfice d'un droit, d'une prestation, d'un contrat ou service proposés.

Dans ce cadre, des données personnelles le concernant (ou concernant les personnes parties ou intéressées au contrat peuvent être traitées par toutes personnes habilitées intervenant au sein des entités du Groupe Assureur dans le cadre de la lutte contre la fraude. Ces données peuvent également être destinées au personnel habilité des organismes directement concernés par une fraude (autres organismes d'assurance ou intermédiaires ; autorités judiciaires, médiateurs, arbitres, auxiliaires de justice, officiers ministériels ; organismes tiers autorisés par une disposition légale et, le cas échéant, les victimes d'actes de fraude ou leurs représentants).

En cas d'alerte de fraude, les données sont conservées maximum six (6) mois pour qualifier l'alerte puis supprimées, sauf si l'alerte s'avère pertinente. En cas d'alerte pertinente les données sont conservées jusqu'à cinq (5) ans à compter de la clôture du dossier de fraude, ou jusqu'au terme de la procédure judiciaire et des durées de prescription applicables.

Pour les personnes inscrites sur une liste de fraudeurs présumés, les données les concernant sont supprimées, passé le délai de 5 ans à compter de la date d'inscription sur cette liste.

- En sa qualité d'Assureur, il est fondé à effectuer des traitements de données relatives aux infractions, condamnations et mesures de sûreté soit au moment de la souscription du contrat, soit en cours de son exécution ou dans le cadre de la gestion de contentieux.
- Les données personnelles pourront également être utilisées par l'Assureur dans le cadre de traitements qu'il met en œuvre et dont l'objet est la recherche et le développement pour améliorer la qualité ou la pertinence de ses futurs produits d'assurance et ou d'assistance et offres de services.
- Les données personnelles le concernant peuvent être accessibles à certains des collaborateurs ou prestataires de l'Assureur établis dans des pays situés hors de l'Union Européenne.
- L'Assuré dispose, en justifiant de son identité, d'un droit d'accès, de rectification, de suppression et d'opposition aux données traitées. Il dispose également du droit de demander de limiter l'utilisation de ses données lorsqu'elles ne sont plus nécessaires, ou de récupérer dans un format structuré les données qu'il a fournies lorsque ces dernières sont nécessaires au contrat ou lorsqu'il a consenti à l'utilisation de ces données.
- Il dispose d'un droit de définir des directives relatives au sort de ses données personnelles après sa mort. Ces directives, générales ou particulières, concernent la conservation, l'effacement et la communication de ses données après son décès.

Ces droits peuvent être exercés auprès du Délégué Représentant à la Protection des Données de NEAT, par mail à l'adresse dpo@neat.eu ou par courrier à l'adresse NEAT – DPO – 117 Quai de Bacalan, 33300 BORDEAUX.

Après en avoir fait la demande auprès du Délégué représentant à la protection des données et n'ayant pas obtenu satisfaction, il a la possibilité de saisir la CNIL (Commission Nationale de l'informatique et des Libertés).

AUTORITE DE CONTROLE

L'exécution du présent *Contrat* est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, 4 place de Budapest CS 92459 75436 Paris Cedex 09.

PRESCRIPTION (ARTICLES L.114-1, L.114-2 ET L.114-3 DU CODE DES ASSURANCES)

Conformément aux dispositions prévues par l'article L.114-1 du Code des assurances, toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

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

Conformément à l'article L.114-2 du Code des assurances, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription (articles 2240 à 2246 du Code civil) :

- Toute demande en justice, même en référé ;
- Toute reconnaissance par l'Assureur du droit à garantie de l'Assuré, ou toute reconnaissance de dette de l'Assuré envers l'Assureur ;
- Tout acte d'exécution forcée.

Elle est également interrompue :

- Par la désignation d'experts à la suite d'un Sinistre ;
- Par 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 ;
 - L'Assuré à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Conformément à l'article L.114-3 du Code des assurances, 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.

CHARGE DE LA PREUVE

Il appartient à l'Assuré de démontrer la réalité de la situation, sachant que toute demande non étayée par des éléments et informations suffisants pour prouver la matérialité des faits, pourra être rejetée.

RECLAMATION/MEDIATION

En cas de désaccord ou de mécontentement sur la mise en œuvre de votre contrat d'assurance, nous vous invitons à le faire connaître à NEAT en appelant le 05 54 54 25 22 (Service joignable de 10h à 12h et de 14h à 16h) ou en écrivant à reclamation@neat.eu.

Neat s'engage à accuser réception de votre réclamation dans un délai de 72h. Il sera traité dans les 2 mois au plus tard.

Si la réponse que vous obtenez ne vous donne pas satisfaction, vous pouvez adresser un courrier (en mentionnant les références du dossier concerné et en joignant une copie des éventuelles pièces justificatives) à :

partnerbusiness-nl@helvetia.ch

Helvetia s'engage à accuser réception de votre courrier dans un délai de 10 jours ouvrés. Il sera traité dans les 2 mois au plus.

Si le désaccord persiste, vous pouvez saisir la Médiation de l'Assurance par courrier à l'adresse suivante :

La Médiation de l'Assurance
TSA 50110
75441 Paris Cedex 09
<http://www.mediation-assurance.org>

L'avis du médiateur de l'assurance ne lie pas les parties, lesquelles sont libres d'accepter ou de refuser sa proposition de solution et de saisir le tribunal compétent.

Les dispositions du présent paragraphe s'entendent sans préjudice des autres voies d'actions légales.

SUBROGATION OU RECOURS CONTRE LES RESPONSABLES DU SINISTRE

Comme le prévoit l'article L.121-12 du Code des assurances, l'Assureur est subrogé pour toutes les garanties dans tous les droits et actions de l'Assuré à concurrence de l'indemnité versée contre tout responsable du *Sinistre*.

En outre, lorsqu'un transport est organisé et pris en charge, l'Assuré s'en gage soit :

- à permettre à l'Assureur d'utiliser le titre de transport qu'il détient pour son retour,
- soit à remettre à l'Assureur les montants dont il obtiendrait le remboursement auprès de l'organisme émetteur de ce titre de transport.

PLURALITE D'ASSURANCES

Conformément à l'article L.121-4 du Code des assurances, celui qui est assuré auprès de plusieurs assureurs par plusieurs polices, pour un même intérêt, contre un même risque, doit donner immédiatement à chaque assureur connaissance des autres assureurs. L'Assuré doit, lors de cette communication, faire connaître le nom de l'Assureur auprès duquel une autre assurance a été contractée et indiquer la somme assurée. Quand plusieurs assurances sont contractées sans fraude, chacune d'elles produit ses effets dans les limites des garanties et dans le respect des dispositions du Code des assurances.

SANCTIONS EN CAS DE FAUSSE DECLARATION DE SINISTRE

La fausse déclaration faite par l'Assuré ou le Bénéficiaire lors de la déclaration d'un Sinistre, l'expose, si sa mauvaise foi est prouvée par l'Assureur, à la perte de son droit aux garanties conformément à l'article L113-1 alinéa 2 du Code des Assurances :

« Toutefois, l'assureur ne répond pas des pertes et dommages provenant d'une faute intentionnelle ou dolosive de l'assuré ».

Conformément à l'article 313-1 du Code pénal la fraude à l'assurance, quelle que soit sa forme, est assimilée à un délit d'escroquerie et est passible d'une peine d'emprisonnement de 5 ans et de 375 000 euros d'amende.

DEFINITIONS COMMUNES

Assureur

Helvetia Global Solutions Ltd : société anonyme de droit liechtensteinois dont le siège social est situé à l'Aeulestrasse 60, 9490 Vaduz, Principauté de Liechtenstein, immatriculée au Registre de Commerce de la Principauté de Liechtenstein sous le numéro FL-0002.191.766-9, agréée en tant qu'entreprise d'assurance par l'autorité de surveillance des marchés financiers de la Principauté de Liechtenstein (FMA Liechtenstein). Helvetia est autorisée à exercer les activités d'assurance en France au titre de la libre prestation des services, notifiée à l'ACPR (ID Refassu : 224324). Helvetia est soumise au contrôle de la FMA Liechtenstein, Landstrasse 109, Postfach 279, 9490 Vaduz, Principauté de Liechtenstein.

Assuré

Sont considérés comme *Assurés* :

- Le *Titulaire*,
- Son *Conjoint*,
- Leurs enfants et petits-enfants, de moins de 25 ans, dès lors qu'ils sont fiscalement à charge d'au moins un de leurs parents,
- Leurs ascendants et descendants, quel que soit leur âge, dès lors qu'ils sont détenteurs de la carte d'invalidité prévue à l'article L.241-3 du Code de l'action sociale et des familles et :
- Qu'ils soient fiscalement à charge du Titulaire ou de son Conjoint,

ou

- Qu'ils perçoivent de la part du Titulaire et/ou de son Conjoint, une pension alimentaire permettant à ces derniers de bénéficier d'une déduction sur leur avis d'imposition et de revenus.

Ces personnes doivent avoir la qualité d'*Assuré* au jour de la *Survenance* du

Sinistre.

Les *Assurés* sont garantis lorsqu'ils voyagent seuls ou ensemble.

Carte

La carte bancaire « Mastercard » délivrée par le *Souscripteur* à laquelle sont attachées les garanties.

Toutefois, tout *Titulaire*, détenteur de plusieurs cartes bancaires émises par le *Souscripteur*, bénéficie de facto, tant pour lui-même que pour les autres *Assurés*, des garanties les plus étendues, quelle que soit la carte utilisée pour le paiement.

Il en est de même pour la carte virtuelle dynamique, qui n'altère nullement les garanties attachées à la carte à laquelle elle est liée.

Si une prestation est réglée par le titulaire d'une carte bancaire émise par le *Souscripteur* pour le compte d'autres *Titulaires* d'une carte bancaire émise par le *Souscripteur*, les garanties appliquées à ces derniers seront celles de la carte dont ils sont titulaires.

Conjoint

Le *Conjoint* est soit :

- L'époux non séparé de corps ou de fait et non divorcé du *Titulaire*,
- La personne ayant conclu un PACS (Pacte Civil de Solidarité) en cours de validité avec le *Titulaire*,
- La personne qui vit en concubinage avec le *Titulaire*.

La preuve de la qualité de *Conjoint* sera apportée :

- En cas de mariage, par le livret de famille,
- En cas de PACS, par le certificat de PACS,
- En cas de concubinage, par un certificat de concubinage notoire établi antérieurement à la date de *Survenance* du *Sinistre* ou, à défaut, par des avis d'imposition comportant la même adresse ou des factures EDF/GDF aux deux noms, antérieurs à la date de *Survenance* du *Sinistre*.

Contrat

Le contrat d'assurance pour compte n°4.001.569.052.

Force majeure

Est réputé survenu par force majeure tout événement imprévisible, irrésistible et extérieur qui rend impossible, de façon absolue, l'exécution du Contrat, tel qu'habituellement reconnu par la jurisprudence des cours et tribunaux français.

Franchise

La part du *Sinistre* laissée à la charge de l'*Assuré* prévue par le Contrat en cas d'indemnisation à la suite d'un *Sinistre*. La Franchise peut être exprimée en montant, en pourcentage, en jour, en heure, ou en kilomètre.

Sinistre

C'est la réalisation d'un événement prévu au *Contrat*, auquel se réfère la présente notice.

Survenance du Sinistre

La date à laquelle survient l'événement garanti, c'est-à-dire celui qui constitue la cause génératrice du dommage.

Titulaire

La personne physique dont le nom et le prénom figurent au recto de la Carte.

ETENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES

Conformément à l'article 6 du Code civil, il est rappelé qu'aucune des garanties du présent contrat ne peut s'appliquer dès lors qu'elle aurait pour objet un risque dont l'assurabilité serait contraire à l'ordre public, ou lorsqu'une interdiction de fournir un contrat ou un service d'assurance s'impose à l'assureur à raison d'une mesure de sanction, de restriction, de prohibition ou d'embargo prescrites par les lois ou règlements de tout Etat ou par toute décision de l'Organisation des Nations Unies ou de l'Union Européenne.

L'Assureur n'effectue aucun règlement lorsque l'*Assuré* ou le Bénéficiaire figure sur toute base de données officielle, gouvernementale ou policière de personnes avérées ou présumées terroristes, trafiquants de stupéfiants ou d'êtres humains, ou impliquées ou présumées impliquées dans le commerce illégal d'armes nucléaires, chimiques ou biologiques, dans le trafic d'être humain ou la piraterie, dans la cybercriminalité, le crime organisé ou la violation des droits de l'homme.

CONDITIONS PARTICULIERES ASSISTANCE

DESCRIPTIF DES GARANTIES

LES GARANTIES SONT ACQUISES DU SEUL FAIT DE LA DETENTION DE LA CARTE.

Les garanties relevant de la présente notice sont directement attachées à la validité de la *Carte*. Toutefois, la déclaration de perte ou vol de la *Carte* ne suspend pas les garanties.

ATTENTION :

PREVENIR L'ASSUREUR LE PLUS TOT POSSIBLE, ET IMPERATIVEMENT AVANT TOUT ENGAGEMENT DE DEPENSE.

Les garanties d'assistance décrites ci-après sont destinées à être organisées exclusivement par l'*Assureur* qui en règlera directement le coût aux prestataires qu'il aura missionnés. A titre exceptionnel, si les circonstances l'exigent, l'*Assureur* peut autoriser l'*Assuré* à organiser tout ou partie d'une prestation. Dans ce cas, seuls les frais engagés avec l'accord express -et, bien entendu, préalable- de l'*Assureur* sont remboursés sur justificatifs originaux et dans la limite de ceux qui auraient été engagés par l'*Assureur* pour mettre en œuvre cette prestation.

La sous-médicalisation, les difficultés d'accès, les délais importants d'intervention dans certaines régions rendent l'assistance particulière- ment difficile et doivent inciter le voyageur à la prudence. Ainsi notamment les voyageurs âgés (70 ans et plus) et/ou accompagnés de jeunes enfants (de moins de 12 ans) et/ou atteints d'affections chroniques et/ou présentant des facteurs de risque ne doivent pas s'exposer dans ces régions où les soins ne pourraient être assurés en attendant l'intervention de l'*Assureur*.

En aucun cas, l'Assureur ne peut se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence.

PREAMBULE

Tous les termes figurant en italique dans le présent Contrat font l'objet d'une définition dans DEFINITIONS COMMUNES ou DEFINITIONS PARTICULIERES. **Pour un même terme, les DEFINITIONS PARTICULIERES prévalent sur les DEFINITIONS COMMUNES.**

ETENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES

Les garanties s'appliquent en dehors du Lieu de résidence de l'Assuré, sans Franchise kilométrique, pendant les 90 premiers jours d'un déplacement privé ou professionnel dans les conditions suivantes :

- Si le Pays de résidence est situé en France : en France et hors de France.
- Si le Pays de résidence est situé hors de France : hors du Pays de Résidence.

Attention : certains pays sont exclus du champ d'application de toutes les garanties et certaines garanties font l'objet de limitations territoriales qui sont mentionnées dans l'exposé des garanties concernées.

DEFINITIONS COMMUNES

Etranger

Tout pays situé dans le monde entier :

- Hors de France métropolitaine (Corse comprise), des Principautés de Monaco et d'Andorre
- Hors des Départements et Régions d'Outre-mer (Guadeloupe, Martinique, Guyane, Réunion et Mayotte), les Collectivités d'Outre-mer (Polynésie française, St Pierre et Miquelon, Wallis et Futuna, St Martin et St Barthélemy), la Nouvelle Calédonie,
- Hors du Pays de Résidence de l'Assuré

Lieu de de résidence

Le domicile fiscal de l'Assuré à la date de la demande d'assistance.

Membre de la famille

Le Conjoint, les enfants, les petits-enfants, les frères, les sœurs, le père, la mère, les beaux-parents et les grands-parents.

Organisme d'assurance

Les organismes sociaux de base et organismes d'assurance maladie complémentaires dont l'Assuré relève soit à titre principal soit en qualité d'ayant droit.

Pays de résidence

Le pays dans lequel est situé le Lieu de résidence.

Transport primaire

Le transport entre le lieu du Sinistre et le centre médical ou le centre hospitalier le plus proche, et l'éventuel retour jusqu'au lieu du séjour.

EXCLUSIONS COMMUNES

1/ Aucune garantie d'assistance ne sera mise en œuvre :

1- a/ dans les pays :

- en état de guerre civile ou étrangère,
- en état d'instabilité politique faisant l'objet d'une interdiction ou d'une alerte du Ministère des Affaires étrangères au moment de la demande d'assistance (source disponible sur le site du ministère),
- subissant des mouvements populaires, des émeutes, des actes de terrorisme, des représailles, ou des restrictions à la libre circulation des personnes et des biens,

1- b/ a l'occasion d'un déplacement :

- entrepris dans un but de diagnostic et/ou de traitement médical,
- lié à des activités militaires ou de police,

1- c/ pour des demandes consécutives à une atteinte corporelle ou à un décès résultant :

- d'un acte intentionnel ou dolosif de la part de l'Assuré et/ou de la part de l'un de ses proches (Conjoint, concubin, ascendant ou descendant) et ses conséquences, comme indiqué à l'article l113-1 du Code des assurances,
- de la désintégration du noyau atomique,
- de l'utilisation d'engins de guerre ou d'armes à feu,
- de la pratique d'un sport aérien, et tout autre sport nécessitant l'utilisation d'engin à moteur,
- de la participation aux compétitions nécessitant une licence,
- de faits de grève ou de lock-out,
- de la participation à des paris, rixes, bagarres,
- d'états pathologiques ne relevant pas de l'urgence,
- d'interventions chirurgicales, d'états pathologiques antérieurs à la date de départ en voyage, leurs rechutes et/ou complications et les affections en cours de traitement non encore consolidées avant le déplacement (possibilité de demander un justificatif de la date du départ),
- d'incidents et complications liés à un état de grossesse, lorsque l'Assuré avait connaissance avant le jour du départ en voyage d'une probabilité de leur survenance supérieure à la normale,
- d'un état de grossesse ou d'un accouchement au-delà du premier jour du 7ème mois,
- de la prématurité,
- d'une interruption volontaire de grossesse ou d'un acte de procréation médicalement assisté ainsi que de leurs complications,
- de maladies mentales, psychiques ou nerveuses (y compris les dépressions nerveuses),
- de l'usage par l'Assuré de médicaments, drogues, stupéfiants, tranquillisants et/ou produits assimilés non prescrits médicalement,
- d'un état alcoolique caractérisé par la présence dans le sang d'un taux d'alcool pur, égal ou supérieur à celui fixé par la loi régissant la circulation automobile française en vigueur à la date de l'accident,
- d'un suicide ou d'une tentative de suicide.

2/ Ne sont jamais pris en charge :

- les frais non expressément prévus par le Contrat,
- les frais non justifiés par des documents originaux,
- les frais de consultation et de chirurgie ophtalmologique, sauf s'ils sont la conséquence directe d'un événement garanti,
- les frais de lunettes ou de verres de contact et plus généralement les frais d'optique,
- les frais d'appareillages médicaux, d'orthèses et de prothèses,
- les frais de cure de toute nature,
- les soins à caractère esthétique,
- les frais de séjour en maison de repos, de rééducation ou de désintoxication,
- les frais de rééducation, kinésithérapie, chiropraxie,
- les frais d'achat de vaccins et les frais de vaccination,
- les frais de bilan de santé et de traitements médicaux ordonnés en France ou dans le Pays de résidence,
- les frais de services médicaux ou paramédicaux et d'achat de produits dont le caractère thérapeutique n'est pas reconnu par la législation française,
- les frais de cercueil définitif,
- les frais de restaurant,
- les frais liés aux excédents de poids des bagages lors d'un rapatriement par avion de ligne,
- les frais de douane,
- les frais d'annulation ou d'interruption de séjour,
- les frais de recherche et de secours des personnes en montagne, en mer, dans le désert ou dans tout autre endroit inhospitalier,
- les frais de premier secours ou de Transport primaire, sauf pour la garantie Secours sur piste.

INFORMATIONS AVANT LE DEPART EN VOYAGE

ATTESTATION D'ASSISTANCE

Une attestation d'assistance peut être requise en vue de l'obtention d'un visa ou de la participation à un voyage.

Sur demande de l'Assuré, l'Assureur délivre, sans frais, une attestation d'assistance dans un délai de 8 jours ouvrés à compter de la réception de la demande écrite de l'Assuré assortie de tous les éléments nécessaires à sa rédaction (type de carte, dates de voyage, destination, identité des voyageurs, lien de parenté des voyageurs avec le Titulaire).

CONSEILS AVANT TOUT DEPART

L'Assuré doit porter à la connaissance des personnes l'accompagnant lors de son déplacement les règles à observer en cas de demande d'assistance détaillées ci-dessous.

Si l'Assuré est assuré au titre d'un régime légal d'assurance maladie d'un pays membre de l'Espace Economique Européen (EEE) ou de la Suisse et souhaite bénéficier des garanties de l'assurance maladie lors de son déplacement dans l'un de ces pays, il lui est nécessaire d'être titulaire de la carte européenne d'assurance maladie (individuelle et nominative) en cours de validité.

Si l'Assuré se déplace dans un pays qui ne fait pas partie de l'Union Européenne et de l'Espace Economique Européen (EEE) ou de la Suisse, il doit se renseigner, avant son départ, pour vérifier si ce pays a conclu un accord de sécurité sociale avec la France. Pour ce faire, il doit consulter sa Caisse d'Assurance Maladie pour savoir s'il entre dans le champ d'application de ladite convention et s'il a des formalités à accomplir (retrait d'un formulaire...).

Pour obtenir ces documents, l'Assuré doit s'adresser avant son départ à l'institution compétente et en France, à la Caisse d'Assurance Maladie.

Lors de vos déplacements, n'oubliez pas d'emporter les documents justifiant de votre identité et tout document nécessaire à votre voyage : passeport, carte nationale d'identité, carte de séjour, visa d'entrée, visa de retour, carnet de vaccination de votre animal s'il vous accompagne, etc. et de vérifier leur date de validité.

ASSISTANCE EN CAS D'ATTEINTE CORPORELLE

En cas de maladie ou d'accident de l'Assuré, les médecins de l'Assureur :

- Se mettent en relation avec le médecin local qui a examiné l'Assuré,
- Recueillent toutes informations nécessaires auprès du médecin local et éventuellement auprès du médecin traitant habituel de l'Assuré.

A partir de ces informations, les médecins de l'Assureur décident, sur le seul fondement de l'intérêt médical de l'Assuré et du respect des règlements sanitaires en vigueur, soit :

- De déclencher et d'organiser le transport de l'Assuré vers son Lieu de résidence, ou vers un service hospitalier approprié proche de son Lieu de résidence,
- D'hospitaliser l'Assuré sur place dans un centre de soins de proximité avant d'envisager un retour vers une structure proche de son Lieu de résidence.

Le service médical de l'Assureur peut effectuer les démarches de recherche de place dans un service médicalement adapté.

Les informations des médecins locaux ou du médecin traitant habituel, qui peuvent être essentielles, aident les médecins de l'Assureur à prendre la décision qui paraît la plus opportune. Il est, à cet égard, expressément convenu que la décision finale, à mettre en œuvre dans l'intérêt médical de l'Assuré, appartient en dernier ressort aux seuls médecins de l'Assureur.

Par ailleurs, dans le cas où l'Assuré refuse de suivre la décision considérée comme la plus opportune par les médecins de l'Assureur, il décharge expressément l'Assureur de toute responsabilité, notamment en cas de retour par ses propres moyens ou encore en cas d'aggravation de son état de santé.

1. Transfert / Rapatriement

Si l'état de santé de l'Assuré conduit, dans les conditions indiquées ci-dessus, ses médecins à le décider, l'Assureur organise et prend en charge le transport de l'Assuré.

Ce transport a lieu par tout moyen approprié (taxi, véhicule sanitaire léger, ambulance, train 1ère classe, avion de ligne régulière en classe économique, avion sanitaire, ...), si nécessaire sous surveillance médicale.

Seuls l'intérêt médical de l'Assuré et le respect des règlements sanitaires en vigueur sont pris en considération pour le choix du moyen utilisé pour ce transport.

Cette garantie n'est jamais mise en œuvre pour des affections ou lésions bénignes qui peuvent être traitées sur place et qui n'empêchent pas l'Assuré de poursuivre son déplacement ou son séjour.

2. Rapatriement des accompagnants

Lorsqu'un Assuré est transporté dans les conditions définies ci-avant au paragraphe **Transfert et/ou rapatriement**, l'Assureur organise et prend en charge le transport des autres Assurés voyageant avec lui jusqu'au lieu de l'hospitalisation ou au *Lieu de résidence* de l'Assuré par tout moyen approprié (taxi, véhicule sanitaire léger, ambulance, train 1ère classe, avion de ligne régulière en classe économique, avion sanitaire...).

3. Accompagnement des enfants de moins de 15 ans

Lorsqu'un Assuré en déplacement, malade ou blessé, se trouve dans l'impossibilité de s'occuper de ses enfants de moins de 15 ans qui l'accompagnent, l'Assureur, après avis des médecins locaux et/ou de ses propres médecins, organise et prend en charge le voyage aller/retour (depuis le *Lieu de résidence*) en train 1ère classe ou avion de ligne en classe économique d'une personne choisie par l'Assuré ou la famille de l'Assuré pour accompagner les enfants pendant leur retour à leur *Lieu de résidence*.

L'Assureur peut aussi mandater une hôtesse pour raccompagner les enfants jusqu'à leur *Lieu de résidence*.

Les frais d'hébergement, de repas et de boisson de la personne choisie par l'Assuré ou la famille de l'Assuré pour ramener les enfants, restent à la charge de l'Assuré. Les billets desdits enfants restent également à la charge de l'Assuré.

4. Présence hospitalisation

Si l'Assuré est hospitalisé sur le lieu de l'évènement et que les médecins de l'Assureur ne préconisent pas un Transfert/Rapatriement **avant 10 jours**, l'Assureur organise et prend en charge :

- Le déplacement Aller et Retour par train ou avion d'une personne choisie par l'Assuré ou par un Membre de sa Famille pour lui permettre de se rendre à son chevet,
- Les frais d'hôtel, chambre et petit-déjeuner exclusivement de la personne qui a été choisie ou de la personne déjà présente au chevet de l'Assuré, **jusqu'à concurrence de 125€ par nuit et pour 10 nuits maximum.**

Lorsque l'Assuré, **hospitalisé depuis 10 jours**, n'est toujours pas transportable dans le cadre de la garantie Transfert/Rapatriement, l'Assureur organise et prend en charge :

- Les frais d'hôtel supplémentaires, chambre et petit-déjeuner exclusive ment, de la personne qui a été choisie ou de la personne déjà présente au chevet de

L'Assuré, jusqu'à concurrence de 125€ par nuit et pour un montant maximum de 375€.

Lorsque la personne est déjà présente au chevet de l'Assuré, la prise en charge des frais d'hébergement n'est pas cumulable avec la garantie Rapatriement des accompagnants.

Aucune franchise de durée d'hospitalisation n'est appliquée pour les cas suivants :

- L'Assuré est un enfant de moins de 15 ans,
- L'Assuré est dans un état jugé critique par les médecins de l'Assureur

5. Frais médicaux

Cette garantie concerne exclusivement les Assurés affiliés à un *Organisme d'assurance*.

Lorsque des frais médicaux ont été engagés avec son accord préalable, l'Assureur rembourse à l'Assuré la partie de ces frais qui n'aura pas été prise en charge par les *Organismes d'assurance*.

L'Assureur n'intervient qu'une fois les remboursements effectués par les *Organismes d'assurance* susvisés, déduction faite d'une

Franchise absolue de 75 € par dossier, et sous réserve de la communication des justificatifs originaux de remboursement émanant de l'*Organisme d'assurance* de l'Assuré.

Ce remboursement couvre les frais définis ci-dessous, à condition qu'ils concernent des soins reçus par un Assuré hors de France et de son *Pays de résidence* à la suite d'une maladie ou d'un accident survenu hors de son *Pays de résidence*.

Dans ce cas, l'Assureur rembourse le montant des frais engagés **jusqu'à un maximum de 155 000 € TTC par Assuré, par événement et par an**.

Dans l'hypothèse où l'*Organisme d'assurance* auquel l'Assuré cotise ne prendrait pas en charge les frais médicaux engagés, l'Assureur remboursera les frais engagés dans la limite du montant indiqué ci-dessus, sous réserve de la communication par l'Assuré des factures originales de frais médicaux et de l'attestation de non-prise en charge émanant de l'*Organisme d'assurance*.

Cette garantie cesse à dater du jour où l'Assureur est en mesure d'effectuer le rapatriement de l'Assuré.

Nature des frais ouvrant droit à remboursement (sous réserve d'accord préalable) :

- Honoraires médicaux,
- Frais de médicaments prescrits par un médecin ou un chirurgien,
- Frais d'ambulance prescrite par un médecin pour un transport vers l'hôpital le plus proche et ceci seulement en cas de refus de prise en charge par les *Organismes d'assurance*,
- Frais d'hospitalisation à condition que l'Assuré soit jugé intransportable par décision des médecins de l'Assureur, prise après recueil des informations auprès du médecin local (**les frais d'hospitalisation engagés à compter du jour où l'Assureur est en mesure d'effectuer le rapatriement de l'Assuré ne sont pas pris en charge**),
- Frais dentaires d'urgence (**plafonnés à 155 € TTC sans Franchise et par événement**).

6. Avance de frais d'hospitalisation

L'Assureur peut, dans la limite des montants de prise en charge prévus ci-dessus, procéder à l'avance des frais d'hospitalisation engagés hors de France et de son *Pays de résidence* par l'Assuré, aux conditions cumulatives suivantes :

- Les médecins de l'Assureur doivent juger, après recueil des informations auprès du médecin local, qu'il est impossible de rapatrier dans l'immédiat l'Assuré dans son *Pays de résidence*.
- Les soins auxquels l'avance s'applique doivent être prescrits en accord avec les médecins de l'Assureur,
- L'Assuré ou toute personne autorisée par lui doit s'engager formellement par la signature d'un document spécifique, fourni par l'Assureur lors de la mise en œuvre de la présente garantie :
 - à engager les démarches de prise en charge des frais auprès des *Organismes d'assurance* dans le délai de 15 jours à compter de la date d'envoi des éléments nécessaires à ces démarches par l'Assureur.
 - à effectuer les remboursements à l'Assureur des sommes perçues à ce titre de la part des *Organismes d'assurance* dans la semaine qui suit la réception de ces sommes.

Resteront uniquement à la charge de l'Assureur, et dans la limite du montant de prise en charge prévu pour la garantie « frais médicaux à l'Etranger », les frais non pris en charge par les *Organismes d'assurance*. L'Assuré devra communiquer à l'Assureur l'attestation de non prise en charge émanant de ces *Organismes d'assurance*, dans la semaine qui suit sa réception. **A défaut d'avoir effectué les démarches de prise en charge auprès des Organismes d'assurance dans les délais, ou à défaut de présentation à l'Assureur dans les délais de l'attestation de non prise en charge émanant de ces Organismes d'assurance, l'Assuré ne pourra en aucun cas se prévaloir de la prestation « frais médicaux à l'Etranger » et devra rembourser l'intégralité des frais d'hospitalisation avancés par l'Assureur qui engagera, le cas échéant, toute procédure de recouvrement utile, dont le coût sera supporté par l'Assuré.**

7. Secours sur piste

Lorsqu'un Assuré est victime d'un accident sur une piste de ski ouverte, l'Assureur prend en charge les frais d'évacuation mis en œuvre par les organismes étant intervenus entre le lieu de l'accident et le centre médical ou éventuellement le centre hospitalier le plus proche, ainsi que le retour sur le lieu du séjour.

Le montant maximum de la prestation, qui intervient en complément des garanties dont l'Assuré peut disposer par ailleurs, est fixé à 5 000€ par événement, avec un maximum de 10 000€ par an pour une même Carte.

8. Chauffeur de remplacement

Lorsqu'un Assuré est malade ou blessé lors d'un déplacement dans l'un des pays énoncés ci-dessous et ne peut plus conduire son automobile et qu'aucun des passagers n'est susceptible de le remplacer, l'Assureur met à la disposition de l'Assuré un chauffeur pour ramener le véhicule à son *Lieu de résidence* par l'itinéraire le plus direct.

L'Assureur prend en charge les frais de voyage et le salaire du chauffeur. Les frais de carburant, de péage, les frais d'hôtel et de restauration des éventuels passagers restant à la charge de l'Assuré.

Le chauffeur est tenu de respecter la législation du travail, et en particulier doit en l'état actuel de la réglementation française - observer un arrêt de 45 minutes après 4 heures 30 de conduite, le temps global de conduite journalier ne devant pas dépasser 9 heures.

Si le véhicule de l'Assuré a plus de 8 ans et/ou 150 000 km ou si son état et/ou son chargement n'est pas conforme aux normes définies par le Code de la route français, l'Assuré devra le mentionner à l'Assureur qui se réserve alors le droit de ne pas envoyer de chauffeur.

Dans ce cas, et en remplacement de la mise à disposition d'un chauffeur, l'Assureur fournit et prend en charge un billet de train en 1ère classe ou un billet d'avion en classe économique pour aller rechercher le véhicule.

Cette garantie s'applique uniquement dans les pays suivants : France (y compris Monaco, Andorre, sauf DROM COM), Espagne, Portugal, Grèce, Italie, Suisse, Liechtenstein, Autriche, Allemagne, Belgique, Pays-Bas, Luxembourg, Royaume-Uni, Irlande, Danemark, Norvège, Suède, Finlande, Islande.

9. Transmission des messages urgents

En cas de *Sinistre*, l'Assureur peut se charger de la transmission de messages urgents à un Membre de sa famille ou à son employeur lorsque l'Assuré est dans l'impossibilité de les transmettre lui-même.

ASSISTANCE EN CAS DE DECES

1. Rapatriement de corps

Lorsqu'un Assuré décède au cours d'un déplacement, l'Assureur organise et prend en charge le rapatriement du corps.

Si les obsèques ont lieu dans son *Pays de résidence*, l'Assureur prend en charge :

- Les frais de transport du corps jusqu'au lieu des obsèques proche de son *Lieu de résidence*,
- Les frais liés aux soins de conservation imposés par la législation applicable,
- Les frais directement nécessités par le transport du corps (manutention, aménagements spécifiques au transport, conditionnement).

Tous les autres frais restent à la charge de la famille de l'Assuré.

Si les obsèques ont lieu hors du *Pays de résidence* de l'Assuré, l'Assureur organise le rapatriement du corps jusqu'à l'aéroport international le plus proche du lieu des obsèques et prend en charge les frais à concurrence du montant qui aurait été exposé pour rapatrier le corps sur le *Lieu de résidence* de l'Assuré.

2. Rapatriement des accompagnants

Lorsque le corps d'un Assuré est transporté dans les conditions définies ci-dessus, l'Assureur organise et prend en charge le transport des autres Assurés voyageant avec lui par tout moyen approprié (taxi, véhicule sanitaire léger, ambulance, train 1ère classe, avion de ligne régulière en classe économique), jusqu'au lieu des obsèques proche du *Lieu de résidence* dans le *Pays de résidence* ou jusqu'à l'aéroport international le plus proche du lieu des obsèques si les obsèques ont lieu hors du *Pays de résidence*. Dans ce dernier cas, la prise en charge est limitée au montant qui aurait été exposé pour transporter l'accompagnant jusqu'au *Lieu de résidence* de l'Assuré.

RETOUR ANTICIPE

Si l'Assuré en déplacement apprend l'hospitalisation non prévue ou le décès d'un *Membre de sa famille*, l'Assureur organise et prend en charge son voyage pour lui permettre de se rendre à l'hôpital, au chevet du *Membre de sa famille*.

Cette garantie est limitée par Carte soit :

- à la prise en charge du voyage aller/retour d'un Assuré avec un retour dans un délai de 1 mois maximum après la date du décès ou de l'hospitalisation, soit
- à la prise en charge du voyage aller simple de deux Assurés voyageant ensemble.

Hors du *Pays de résidence* de l'Assuré, l'organisation et la prise en charge s'effectuent jusqu'à concurrence des frais de transport qu'aurait supposé le retour de l'Assuré sur son *Lieu de résidence* dans les conditions prévues ci-dessus.

IMPORTANT

La garantie Retour Anticipé en cas d'hospitalisation d'un *Membre de sa famille* n'est rendue qu'aux conditions suivantes :

que l'hospitalisation soit de plus de 24 heures, hospitalisation ambulatoire, à domicile et de jour non comprises,
que le retour de l'Assuré tel que prévu à l'origine de son déplacement n'intervienne pas dans les 24 heures suivant la demande d'assistance.

La prestation Retour Anticipé n'est rendue qu'à condition que l'Assuré fournisse, à la demande de l'Assureur, un bulletin d'hospitalisation ou un certificat de décès et/ou tout justificatif établissant le lien de parenté avec le *Membre de la famille* concerné.

POURSUITES JUDICIAIRES A L'ETRANGER

Si l'Assuré fait l'objet de poursuites judiciaires à la suite d'une infraction non intentionnelle à la législation locale survenue hors de son *Pays de résidence* et intervenue au cours de la vie privée : L'Assureur fait l'avance, sur présentation d'un dépôt de garantie ou signature d'une reconnaissance de dette, de la caution pénale lorsqu'elle est exigée par les autorités judiciaires locales, à concurrence de 3 100 €.

Si entre-temps la caution pénale est remboursée à l'Assuré par les autorités du pays, l'Assuré devra aussitôt la restituer à l'Assureur. L'Assureur n'intervient pas pour les cautions exigées à la suite d'un accident de la circulation provoqué directement ou indirectement par une infraction au Code de la route local, une conduite en état d'ivresse ou une faute intentionnelle,

L'Assureur participe aux honoraires d'avocat à hauteur de 800 € TTC et en fait l'avance, sur présentation d'un dépôt de garantie ou signature d'une reconnaissance de dette, jusqu'à 3 100 € TTC.

Remboursement :

L'Assuré s'engage à rembourser les sommes avancées, dans un délai de 2 mois à compter de la date d'envoi de la facture. Passé ce délai de 2 mois, l'Assureur se réserve le droit d'engager toutes procédures de recouvrement utiles.

ACHEMINEMENT D'OBJETS A L'ETRANGER

Les envois d'objets, dont l'organisation est effectuée par l'Assureur, sont soumis aux différentes législations des douanes françaises et étrangères et aux conditions générales des sociétés de transport utilisées par l'Assureur. **L'Assureur dégage toute responsabilité :**

- **Sur la nature et le contenu des objets transportés, l'Assuré restant seul responsable à ce titre,**
- **Pour les pertes ou vols des objets, pour des restrictions réglementaires ou pour des raisons indépendantes de sa volonté (grève, faits de guerre, délais de fabrication ou tout autre cas de Force majeure) qui pourraient retarder ou rendre impossible l'acheminement des objets ainsi que pour les conséquences en découlant.**

1. Acheminement de médicaments

Lorsque certains médicaments indispensables prescrits par un médecin ne sont pas disponibles dans le pays où séjourne l'Assuré, l'Assureur recherche localement leurs équivalents éventuellement disponibles. A défaut et après avoir obtenu copie de l'ordonnance auprès du médecin traitant de l'Assuré, l'Assureur les recherche, en France exclusivement et organise leur envoi. L'Assureur prend en charge les frais d'expédition et refacture à l'Assuré le coût d'achat des médicaments et les frais de douane, que l'Assuré s'engage à rembourser à l'Assureur à réception de la facture.

Ces envois sont soumis à la réglementation et aux conditions imposées par la France et les législations nationales de chacun des pays en matière d'importation ou d'exportation des médicaments.

Dans tous les cas, sont exclus les envois de produits sanguins et dérivés du sang, les produits réservés à l'usage hospitalier ou les produits nécessitant des conditions particulières de conservation, notamment frigorifiques, et de façon plus générale les produits non disponibles en officine de pharmacie en France.

2. Acheminement de lunettes, de lentilles ou de prothèses auditives

Si l'Assuré se trouve dans l'impossibilité de se procurer les lunettes, les lentilles correctrices ou les prothèses auditives qu'il porte habituellement, suite au bris ou à la perte de celles-ci, l'Assureur se charge de les lui envoyer par les moyens les plus appropriés.

La demande, formulée par l'Assuré, doit être transmise par télécopie ou lettre recommandée et indiquer de manière très précise les caractéristiques complètes de ses lunettes (type de verres, monture), de ses lentilles ou de ses prothèses auditives.

L'Assureur contacte l'ophtalmologiste ou le prothésiste habituel de l'Assuré afin d'obtenir une ordonnance. Le prix de la confection des nouvelles lunettes, des lentilles ou des prothèses auditives est annoncé à l'Assuré qui doit donner son accord par écrit et s'engage alors à régler le montant de la facture avant l'envoi des lunettes, des lentilles ou des prothèses auditives. A défaut, l'Assureur ne pourra être tenu d'exécuter la garantie.

L'Assureur prend en charge les frais de transport. Les frais de conception des lunettes, des lentilles ou des prothèses auditives ainsi que les frais de douanes sont à la charge de l'Assuré.

QUE FAIRE EN CAS DE SINISTRE ?

Afin de bénéficier des garanties prévues au Contrat, l'Assuré doit impérativement contacter, ou faire contacter, l'Assistance NEAT dès qu'il a connaissance d'un événement susceptible d'entraîner la mise en œuvre d'une garantie :
Par téléphone au : 09.78.45.10.77, CHOIX 2

DELAÏ DE DECLARATION

TOUTE DEMANDE D'ASSISTANCE DOIT ETRE FORMULEE A L'ASSUREUR DANS LES PLUS BREFS DELAIS ET IMPERATIVEMENT AVANT TOUT ENGAGEMENT DE DEPENSES. L'ASSUREUR INTERVIENT A LA CONDITION EXPRESSE QUE L'EVENEMENT QUI L'AMENE A METTRE EN ŒUVRE LA GARANTIE DEMEURAIT INCERTAIN AU MOMENT DU DEPART.

L'Assuré devra impérativement :

- Communiquer les justificatifs que l'Assureur estime nécessaires pour apprécier le droit aux garanties d'assistance.
- A défaut, l'Assureur refusera la mise en œuvre des garanties et/ou pro- cédera à la refacturation des frais déjà engagés,
- Permettre aux médecins de l'Assureur le libre accès aux données médicales qui le concernent,
- Veiller à ne communiquer que des informations exactes,
- Se conformer aux solutions que l'Assureur préconise.

ORGANISATION ET PRISE EN CHARGE DU SINISTRE

Les garanties d'assistance sont organisées exclusivement par l'Assureur qui en règlera directement le coût aux prestataires qu'il aura missionnés et l'Assureur n'est pas tenu de rembourser les dépenses faites par l'Assuré.

De manière tout à fait exceptionnel, l'Assureur peut autoriser l'Assuré à organiser tout ou partie d'une prestation. Dans ce cas, seuls les frais engagés avec l'accord express et préalable de l'Assureur sont remboursés sur justificatifs originaux et dans la limite de ceux qui auraient été engagés par l'Assureur pour mettre en œuvre cette prestation.

CIRCONSTANCES EXCEPTIONNELLES

L'Assureur s'engage à utiliser tous les moyens disponibles en matière d'assistance. Cependant la responsabilité de l'Assureur ne peut être engagée en cas d'indisponibilité de ces moyens ou de leur absence dans la zone géographique de la demande d'intervention.

L'Assureur ne garantit pas l'exécution des services et sa responsabilité ne pourra être engagée dans les cas de Force majeure.

Sauf stipulation contraire, l'Assuré bénéficie des garanties à la condition impérative que la prestation assurée ou le bien assuré ait été réglé, totalement ou partiellement, au moyen de la Carte avant la Survenance du Sinistre.
Pour connaître les prestations ou les biens concernés, l'Assuré doit se reporter aux conditions de chaque garantie.

CONDITIONS PARTICULIERES ASSURANCE

DESCRIPTIF DES GARANTIES

PREAMBULE

Tous les termes figurant en italique dans le présent Contrat font l'objet d'une définition dans DEFINITIONS COMMUNES ou DEFINITIONS PARTICULIERES. Pour un même terme, les DEFINITIONS PARTICULIERES prévalent sur les DEFINITIONS COMMUNES.

TERRITORIALITE

Sauf stipulation contraire, les garanties sont acquises dans le MONDE ENTIER.

DEFINITIONS COMMUNES

Accident

Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'Assuré et provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure constatée médicalement.

Transport

Moyen aérien, ferroviaire, routier, maritime ou fluvial auquel l'Assuré recourt pour effectuer son Voyage.

Transport public

Moyen de Transport collectif de passagers, agréé pour le Transport public de voyageurs et ayant donné lieu à délivrance d'une licence de Transport.

Trajet de post acheminement

Chemin le plus direct à parcourir entre le lieu d'arrivée du Voyage (aéroport, gare, port) et le lieu du domicile ou le lieu de travail habituel de l'Assuré. (Voyage Retour).

Trajet de pré acheminement

Chemin le plus direct à parcourir entre le lieu du domicile ou le lieu de travail habituel de l'Assuré et le lieu de départ du Voyage (aéroport, gare, port). (Voyage Aller)

Véhicule de location

Tout véhicule terrestre à moteur à quatre roues, immatriculé, faisant l'objet d'un contrat de location auprès d'une société spécialisée dans la location de véhicules.

Vol

Soustraction frauduleuse commise par effraction, agression ou ruse.

Voyage

Tout déplacement privé ou professionnel d'une distance supérieure à 100 km (Franchise de 100 km) du domicile de l'Assuré ou de son lieu de travail habituel. Le Voyage commence lorsque l'Assuré quitte son domicile ou son lieu de travail habituel et se termine lorsque l'Assuré regagne l'un de ces deux lieux.

Quelle que soit la durée du Voyage, l'Assuré ne peut bénéficier des garanties que pendant les 90 premiers jours du Voyage.

EXCLUSIONS COMMUNES

Sauf stipulation contraire explicitement prévue ci-après, sont exclus :

- La guerre civile ou étrangère, l'instabilité politique notoire ou les mouvements populaires, les émeutes, les actes de terrorisme, les représailles, les restrictions à la libre circulation des personnes et des biens, les grèves pour autant que l'Assuré y prenne une part active, la désintégration du noyau atomique ou tout rayonnement ionisant, et/ou tout autre cas de Force majeure,
- L'acte intentionnel ou dolosif de la part de l'Assuré, et/ou de la part de son Conjoint, ses ascendants et/ou ses descendants,
- Le suicide ou la tentative de suicide de l'Assuré,
- Les Accidents causés ou provoqués à la suite de la consommation par l'Assuré, de drogues, de stupéfiants, de tranquillisants non prescrits médicalement,
- Les Accidents résultant de la conduite en état alcoolique caractérisé par la présence dans le sang d'un taux d'alcool pur, égal ou supérieur à celui fixé par la loi régissant la circulation automobile française en vigueur à la date de l'Accident,
- Les conséquences des incidents survenus lors de la pratique de sport aérien ou à risque, ainsi que le deltaplane, le polo, le skeleton, le bobsleigh, le hockey sur glace, la plongée sous-marine, la spéléologie, le saut à l'élastique, et tout sport nécessitant l'utilisation d'un engin à moteur,
- La participation aux compétitions nécessitant une licence,
- La participation à des paris, rixes, bagarres,
- L'absence d'aléa, c'est-à-dire la Survenance ou l'absence d'incertitude de Survenance d'un Sinistre préalablement à la prise d'effet des garanties.

DECES / INVALIDITE PERMANENTE

DEFINITIONS PARTICULIERES

Accident de pré ou post acheminement

Tout Accident dont l'Assuré est victime au cours du Trajet de pré ou post acheminement en tant que :

- Passager d'un Transport Public dont le titre de Transport a été payé avec la Carte,
- Passager ou conducteur d'un Véhicule de location dont la location a été réglée avec la Carte,

Accident de Voyage

Tout Accident dont l'Assuré est victime au cours d'un Voyage en tant que :

- Passager d'un Transport public dont le titre de Transport a été payé avec la Carte,
- Passager ou conducteur d'un Véhicule de location dont la location a été réglée avec la Carte.

Bénéficiaire

En cas de Décès, le Bénéficiaire est, sauf stipulation contraire adressée à l'Assureur par l'Assuré au moyen d'une disposition écrite et signée, l'époux non séparé de corps ou de fait et non divorcé survivant de l'Assuré, à défaut les enfants nés ou à naître de l'Assuré par parts égales, à défaut les ayants droit de l'Assuré.

Dans tous les autres cas garantis, le Bénéficiaire est l'Assuré.

Consolidation

Date à partir de laquelle l'état du blessé ou du malade est considéré comme stabilisé du point de vue médical.

Décès

Mort constatée médicalement ou Disparition.

Disparition

Lorsque le corps de l'Assuré n'est pas retrouvé dans l'année qui suit la date de disparition ou de destruction du moyen de Transport à bord duquel il se trouvait au moment de l'Accident, l'Assuré est présumé décédé à la suite de cet Accident.

Famille

L'ensemble des Assurés.

Invalidité permanente

Diminution permanente du potentiel physique ou psychique d'une personne dont l'état est consolidé.

OBJET DE LA GARANTIE

Le Contrat a pour objet de garantir le Décès et l'Invalidité permanente de l'Assuré à la suite de la Survenance de l'un des seuls événements garantis suivants :

- Accident de Voyage,
- Accident de pré ou post acheminement.

Est également couvert le Décès ou l'Invalidité permanente de l'Assuré résultant de l'exposition involontaire de l'Assuré aux éléments naturels par suite d'un Accident.

ENGAGEMENT MAXIMUM DE L'ASSUREUR

Le montant des garanties varie selon l'événement garanti et le mode de Transport :

	A bord d'un Transport public	A bord d'un Véhicule de location
Décès	95 000 €	46 000 €
Invalidité permanente	Jusqu'à 95 000 €	Jusqu'à 46 000 €

En cas de Décès, l'Assureur verse au Bénéficiaire un capital.

En cas d'Invalidité permanente, l'Assureur verse à l'Assuré un capital **variable selon le barème d'indemnisation des accidents du travail**.

En cas de Décès avant Consolidation de l'Invalidité permanente, le capital prévu en cas de Décès sera versé déduction faite des sommes qui auraient pu éventuellement être versées au titre de l'Invalidité permanente. Il n'y a pas cumul des deux garanties lorsqu'elles sont mises en œuvre à la suite d'un seul et même Sinistre.

DISPARITION DE L'ASSURE

En cas de disparition de l'Assuré dont le corps n'est pas retrouvé dans l'année qui suit la disparition ou la destruction du moyen de transport terrestre, aérien ou maritime dans lequel il se trouvait au moment de l'Accident, il sera présumé que l'Assuré est décédé à la suite de cet Accident.

Dans tous les cas, quel que soit le nombre d'Assurés accidentés, l'indemnité maximum s'entend par Sinistre et par Famille.

En cas de pluralité d'Assurés, l'indemnité sera répartie par parts égales en fonction du nombre d'Assurés accidentés.

DUREE DE LA GARANTIE

La garantie commence à courir lorsque le Voyage commence et cesse lorsqu'il se termine, dans la limite des 90 premiers jours au-delà desquels les Sinistres ne sont pas garantis.

EXCLUSIONS PARTICULIERES

Outre les exclusions communes (se reporter aux EXCLUSIONS COMMUNES), sont également exclus :

- les Voyages effectués à bord d'avions loués par l'Assuré à titre privé ou professionnel,
- les atteintes corporelles résultant de la participation à une période militaire, ou à des opérations militaires, ainsi que lors de l'accomplissement du service national,
- les atteintes corporelles résultant de lésions causées directement ou indirectement, partiellement ou totalement par :
- toute forme de maladie,
- les infections bactériennes à l'exception des infections pyogéniques résultant d'une coupure ou blessure accidentelle,

- les interventions médicales ou chirurgicales sauf si elles résultent d'un Accident.

En supplément des pièces justificatives communes (se reporter aux Pièces justificatives communes à fournir en cas de Sinistre), l'Assuré devra produire les pièces suivantes :

Dans tous les cas :

- toute(s) pièce(s) de nature à rapporter la matérialité de l'Accident,

En cas de Décès :

- La copie de l'acte de Décès,
- Le certificat médical établissant les liens de causalité entre l'Accident et le Décès à faire remplir et signer par le médecin ayant constaté le Décès.
- Si le certificat ne permet pas d'établir les liens de causalité, le Bénéficiaire devra fournir toutes pièces justificatives permettant d'établir ce lien (procès-verbal de police, coupures de journaux, etc.),
- La copie du procès-verbal d'enquête indiquant le numéro du PV et les coordonnées du commissariat ou de la gendarmerie l'ayant établi,
- Les coordonnées du notaire chargé de la succession.

En cas d'Invalidité permanente :

- Le certificat médical de constatation permettant à l'Assureur d'apprécier le bien-fondé de la demande d'indemnisation, et notamment établissant les liens de causalité entre l'Accident et l'état d'Invalidité permanente. Si le certificat ne permet pas d'établir les liens de causalité, le Bénéficiaire devra fournir toutes pièces justificatives permettant d'établir ce lien (procès-verbal de police, coupures de journaux, etc.),
- Le certificat médical de Consolidation de l'état de santé de l'Assuré,
- La notification du taux d'Invalidité permanente par l'organisme social.

Dans tous les cas, l'Assureur procédera à une expertise médicale pour déterminer le taux d'Invalidité permanente selon le barème d'indemnisation des accidents de travail, prévu contractuellement.

QUE FAIRE EN CAS DE SINISTRE ?

L'Assuré peut déclarer son Sinistre :

Par téléphone, en appelant le **09.78.45.10.77 CHOIX 1** (Service joignable de 10h à 12h et de 14h à 16h)

Par mail adressé à sinistre@neat.eu

Par courrier à « Service Assurance carte - NEAT – 117 Quai de Bacalan, 33300 BORDEAUX.

DELAÏ DE DECLARATION

Sauf stipulation contraire, il est fait obligation à l'Assuré de déclarer tout Sinistre dont il pourrait réclamer l'indemnisation au titre du présent Contrat dans les 20 jours calendaires qui suivent sa Survenance.

En cas de non-respect de cette obligation, l'Assureur pourra réduire l'indemnité dans la proportion du préjudice que ce manquement lui aura fait subir, jusqu'à déchéance complète des droits de l'Assuré.

Cette clause ne pourra être opposée à l'Assuré s'il est établi que le retard dans la déclaration de Sinistre est dû à l'impossibilité de faire la déclaration dans les délais impartis par suite d'un cas fortuit ou de Force majeure (article L.113-2 du Code des assurances).

PIECES JUSTIFICATIVES COMMUNES A FOURNIR EN CAS DE SINISTRE

Pour toutes les garanties :

- Le formulaire de demande d'indemnisation transmis après la déclaration et complété par l'Assuré,
- L'attestation Carte transmise après la déclaration et complétée par l'agence bancaire de l'Assuré,
- Un relevé Carte sur lequel apparaît le règlement des prestations ou des biens assurés,
- Un relevé d'identité bancaire comportant l'IBAN et BIC,
- Le justificatif de la qualité d'Assuré ou de Bénéficiaire, notamment : pièce d'identité, livret de famille, certificat de PACS, certificat de vie commune, facture EDF/GDF, avis d'imposition justifiant le rattachement fiscal des ascendants et descendants, copie de la carte d'invalidité des ascendants à charge, certificat d'hérédité...

Pour chaque garantie :

Pour connaître l'ensemble des pièces justificatives nécessaires à la prise en compte de la demande, l'Assuré doit se reporter aux conditions de chacune d'entre elles (PIECES JUSTIFICATIVES PARTICULIERES A FOURNIR EN CAS DE SINISTRE).

De manière générale, seuls feront l'objet d'une prise en charge les frais justifiés par des factures.

ORGANISATION ET PRISE EN CHARGE DU SINISTRE

L'indemnité sera versée, après réception de l'ensemble des pièces justificatives réclamées, dans les quinze jours calendaires qui suivent l'accord des parties ou la décision judiciaire exécutoire. Elle est versée par virement, toutes taxes comprises, sur le compte de l'Assuré. En cas d'achats effectués dans une devise étrangère, il sera tenu compte de la somme débitée en euros sur le compte de l'Assuré.

EXPERTISE

Les dommages sont évalués de gré à gré ou à défaut par une expertise amiable, sous réserve des droits respectifs des parties. Chacune des parties, le Titulaire et l'Assureur, choisit un expert. Si les experts ainsi désignés ne sont pas d'accord, ils s'adjoignent un troisième expert. Les trois experts opèrent d'un commun accord et à la majorité des voix. Faute par l'une des parties de nommer son expert, ou par les deux experts de s'entendre sur le choix du troisième, la désignation est effectuée par le Tribunal de Grande Instance de Paris. Cette nomination a lieu sur simple requête de la partie la plus diligente faite au plus tôt 15 jours après l'envoi à l'autre partie d'une lettre recommandée de mise en demeure avec avis de réception. Chaque partie paie les frais et honoraires de son expert et s'il y a lieu, la moitié des honoraires du tiers expert et des frais de sa nomination.

Dans tous les cas, pour la garantie « Invalidité permanente », l'Assureur procédera à une expertise médicale afin de déterminer le taux d'Invalidité permanente selon le barème d'indemnisation des accidents de travail, prévu contractuellement.