

ASSOCIATION POUR LA MOBILITÉ INTERNATIONALE

Assurance Voyages GLOBE PVT / WHV Notice d'information

En qualité de membre de l'Association pour la Mobilité Internationale, vous avez choisi d'adhérer aux garanties souscrites par l'Association auprès d'Allianz Worldwide Care SA (Société Anonyme au capital de 65.190.446 euros, régie par le Code des assurances, dont le siège social est situé 87, rue de Richelieu, 75002 Paris, France – immatriculation 401 154 679 RCS Paris) sous le contrat numéro 080225/606 et d'Allianz IARD (Société Anonyme au capital de 991.967.200 euros, régie par le Code des assurances, dont le siège social est situé 1, cours Michelet, CS 30051, 92076 Paris La Défense cedex, France – immatriculation 542 110 291 RCS Nanterre), sous le contrat numéro 78 931 671.

Les modalités de mise en œuvre des garanties et le détail des prestations auxquelles vous avez droit sont définis dans la présente notice.

Sommaire

1/ Généralités.....	page 2
2/ Définitions.....	page 3
3/ Garanties et prestations frais médicaux et prévoyance.....	page 4
A/ Frais médicaux.....	page 4
B/ Prévoyance.....	page 5
4/ Garanties d'assistance.....	page 7
5/ Garantie Responsabilité civile.....	page 9
6/ Garantie Bagages.....	page 10
7/ Risques exclus relatifs à toutes les garanties.....	page 11
8/ Base du contrat d'assurance.....	page 11
9/ Médiation.....	page 13
10/ Numéros d'urgence	page 14
11/ Tableau des montants de garantie	page 15
12/ Formulaire de demande de remboursement.....	page 16

1/ Généralités

Admissibilité – Affiliation

Sont admissibles facultativement les personnes membres de l'Association pour la Mobilité Internationale titulaires d'un visa PVT / WHV, voyageant en dehors de leur pays de résidence habituelle.

Pour bénéficier des garanties, le Proposant doit souscrire le contrat initial avant son départ.

Le renouvellement (par la souscription d'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 l'option choisie et 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.

Les Proposants prennent la qualité d'«Adhérent» une fois admis à l'assurance.

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

Effet des garanties

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

Le contrat d'assurance voyage GLOBE PVT / WHV 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.

Durée des garanties

Une fois admis à l'assurance et sous réserve des sanctions prévues par le Code des assurances 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 une durée comprise entre 1 et 12 mois maximum, en un ou plusieurs contrats tant que l'Adhérent bénéficie du statut PVT / WHV. Toute nouvelle souscription devra faire l'objet d'une autorisation de la compagnie.

Les garanties prennent fin en tout état de cause :

Pour chaque Adhérent:

- le dernier jour de sa période d'adhésion, lors du retour définitif si la période du contrat n'est pas terminée ou lors de son rapatriement dans son pays de résidence habituelle
- à la fin du trimestre civil suivant la date à laquelle il cesse d'appartenir à l'Association pour la Mobilité Internationale.

Pour la totalité des Adhérents :

- en cas de résiliation du contrat 080225/606 souscrit entre l'Association pour la Mobilité Internationale et Allianz Worldwide Care.

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 et avant le départ de l'Adhérent de son pays de résidence habituelle.

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, sauf en cas de retour définitif dans son pays d'origine (hors retour suite à un rapatriement). Dans ce cas et s'il reste au moins deux mois complets de contrat, l'Adhérent peut faire une demande de remboursement des mois non utilisés en envoyant par courrier un dossier comprenant une lettre explicative, une copie de passeport et de visa, la carte d'embarquement originale du retour, le billet d'avion et les coordonnées bancaires du compte sur lequel il souhaite être remboursé. Le dossier doit être envoyé dès le retour de l'Adhérent dans son pays d'origine à l'adresse suivante :

ACS – Remboursement de contrat 153 rue de l'université 75007 Paris France

Sanctions applicables en cas de fausse déclaration

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

- La nullité de votre contrat en cas de fausse déclaration intentionnelle (article L113-8 du Code des assurances) ;
- Si la fausse déclaration intentionnelle, constatée avant tout sinistre, n'est pas établie, augmentation de la cotisation ou résiliation du contrat (article L 113-9 du Code des assurances) ;

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

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 : Événement non intentionnel, imprévisible, irrésistible et extérieur.

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.

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 aller et le trajet retour.

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

Code des assurances : Recueil des textes législatifs et réglementaires qui régissent le contrat d'assurance.

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

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

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

Domages 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.

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

DROM POM COM : On entend par DROM POM COM, les nouvelles appellations des DOM-TOM depuis la réforme constitutionnelle du 17 mars 2003, venant modifier les dénominations des DOM-TOM et leurs définitions.

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

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

Europe : Par « Europe », on entend les pays de l'Union Européenne, la Suisse, la Norvège ou la Principauté de Monaco.

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

France : On entend par France le territoire européen de la France (comprenant les îles situées dans l'Océan Atlantique, la Manche et la Mer Méditerranée) ainsi que des DROM POM COM (nouvelles appellations des DOM TOM depuis la réforme constitutionnelle du 17 mars 2003).

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 : par membres de la famille proches, on entend le père, la mère, les frères et sœurs et les grands-parents.

Objets personnels : Seuls seront garantis les objets personnels dont la date d'achat est inférieure à 3 ans. La garantie est acquise uniquement pendant le trajet aller et le trajet retour.

Pays de résidence habituelle : 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.

PVT (Programme Vacances-Travail), VVT (Visa Vacances-Travail), WHV (Working Holiday Visa) : Ensemble de visas temporaires permettant à leurs détenteurs de voyager dans des pays étrangers tout en y travaillant.

Séjour touristique : Séjour temporaire dans d'autres pays que celui du PVT avec un visa tourisme.

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.

Souscripteur : Le preneur d'assurance, personne physique ou morale qui souscrit le contrat d'assurance.

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

Tiers : toute personne autre que l'Adhérent responsable du dommage.

Tout Adhérent victime d'un dommage corporel, matériel ou immatériel consécutif causé par un autre Adhérent (les Adhérents 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

Zone de couverture

Destination PVT / WHV sélectionnée par l'Adhérent lors de la souscription.

La garantie Frais Médicaux s'exerce également lors de séjours touristiques dans le monde entier, effectués pendant la période de validité du visa PVT / WHV et avec un plafond de 150 000€.

Toutefois, lors d'un retour temporaire de l'Adhérent dans son pays de résidence habituelle, les frais médicaux sont pris en charge uniquement dans la limite de 30 jours de séjour et s'ils sont consécutifs à une urgence, avec un plafond de remboursement de 15 000 € pour 12 mois de garantie en un ou plusieurs contrats.

A/ Frais médicaux

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 la Sécurité Sociale française et qui seraient pris en charge par celle-ci.

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 habituelle.

Il est entendu et convenu que dans le cas où l'Adhérent bénéficie ou pourrait bénéficier des remboursements de la Sécurité sociale française, les prestations n'interviendraient qu'à titre de complément.

Le montant des remboursements est illimité dans le pays PVT / WHV, sauf dans les cas suivants :

- Les soins dentaires
- Les frais relatifs à la grossesse
- En cas de retour temporaire de l'Adhérent dans son pays de résidence habituelle
- En cas de séjours touristiques de l'Adhérent dans un pays autre que celui de son PVT / WHV

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 de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du Contrat 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.

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 la Sécurité sociale française, ainsi que les prestations suivantes :

- les frais engagés avant la date d'entrée en vigueur et après celle de cessation des garanties,
- les frais de transport du médecin non habituellement pris en charge par la Sécurité sociale,
- les traitements ou dépenses médicales pratiqués par un médecin ou praticien non qualifié,
- les frais qui auraient pu être effectués au retour de l'Adhérent dans son pays de résidence habituelle,
- les frais médicaux dispensés dans le pays de résidence habituelle (sauf lors d'un retour temporaire inférieur à 30 jours),
- les frais pour les traitements et interventions chirurgicales de caractère esthétique non consécutifs à un accident,
- les infirmités congénitales, les maladies héréditaires, et les maladies chroniques,
- toutes orthèses et prothèses y compris auditives et dentaires, ainsi que les soins correspondants
- tout soin dentaire (sauf en cas d'urgence ou d'accident),
- la stomatologie, les traitements de l'acné, et l'orthophonie,
- l'optique, l'orthoptie et les lentilles de contact,
- l'acupuncture, les massages et la kinésithérapie (sauf suite à un accident ayant entraîné une hospitalisation),
- les soins psychiques, psychothérapeutiques et neurologiques y compris les consultations,
- les maladies mentales y compris la dépression nerveuse, les soins et traitements liés aux troubles du sommeil
- la séropositivité pour le HIV et ses conséquences, le sida et ses conséquences,
- les maladies sexuellement transmissibles ainsi que les tests de dépistage,
- les cures, les maisons de repos, de convalescence, de rééducation,
- les bilans de santé, et le check up,
- les frais de vaccination,
- les dépenses relatives à la contraception, l'interruption volontaire de grossesse, la stérilité, les dysfonctionnements sexuels,
- les dépenses liées à une grossesse ou maternité survenue avant la date d'effet du contrat, connue ou non,
- les dépenses encourues à l'occasion de l'acquisition d'un organe,
- toute opération ou traitement lié au changement de sexe,
- les produits non médicamenteux d'usage courant tels que : coton hydrophile, alcool, crèmes solaires...,
- 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.

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 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.

- 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 70^{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 »

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

PREVOYANCE

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.

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

L'Assureur se réserve le droit de demander à tout Adhérent ou à ses personnes à charge que ceux-ci lui fournissent l'ensemble des informations nécessaires au traitement de leurs données personnelles et relatives aux demandes de remboursement. L'Assureur pourra pour ce faire avoir accès à leurs dossiers médicaux avec toutes les obligations légales de confidentialité qui y sont attachées.

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, un certificat médical doit préalablement être demandé à l'Assureur à qui il sera retourné après avoir été rempli par le médecin de l'Adhérent. 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.

Demands de remboursement : (aucune copie ou duplicata de facture n'est acceptée)

Frais médicaux :

Pour toute demande de remboursement vous devez compléter le formulaire joint à cette notice en dernière page et l'adresser à :

**ASSISTANCE ÉTUDIANTS/ACS
SERVICE MEDICAL
153, rue de l'Université – 75007 Paris, France**

avec les justificatifs ci-dessous dans un délai maximum de 3 mois suivant la date d'expiration du contrat :

- 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
- pour les frais médicaux inférieurs à 500€, il est possible de nous faire parvenir toutes les pièces de votre demande de remboursement par email à l'adresse : servicemedical@acs-ami.com. Néanmoins, nous nous réservons le droit de vous demander l'envoi des documents originaux dans un délai de deux ans
- 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 à Paris, disponible 24h/24 (voir coordonnées page 14)

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

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 indemnifiables 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 habituelle 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) ou envoi d'un email, d'une télécopie, ou d'un télégramme.

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

En aucun cas, Allianz IARD ne se substitue aux organismes locaux de secours d'urgence.

Que garantissons-nous ?

Rapatriement ou transport médical Rapatriement ou transport sanitaire

Si l'Adhérent est malade ou blessé suite à un événement garanti et que son 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 son 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 habituelle
- soit nous organisons et prenons en charge son rapatriement jusqu'à son domicile dans son pays de résidence habituelle.

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, wagon-lit, bateau, ambulance.

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 habituelle, pour se rendre à votre chevet à l'hôpital. Ici, l'hospitalisation est considérée comme étant un séjour de plus de 24 heures consécutives dans un établissement hospitalier public ou privé, pour une intervention d'urgence, c'est-à-dire non programmée et ne pouvant être reportée.

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 sur place.

Transport du corps en cas de décès de l'Adhérent(e)

En cas de décès suite à 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 en cas de décès

Si vous devez interrompre prématurément votre voyage en cas de décès accidentel ou de décès suite à une maladie soudaine d'un membre de votre famille proche, nous prenons en charge vos frais supplémentaires de transport sur la base d'un billet Aller-Retour en classe économique et ceux des membres de votre famille assurés, si les titres de transport prévus pour votre voyage de retour et le leur ne peuvent être utilisés du fait de cet événement. La durée maximum de votre séjour ne devra pas excéder 21 jours.

Paiement des 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, contre paiement au préalable par un tiers, d'une somme équivalente, au siège d'Allianz IARD.

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, 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 à :

- Epidémies, catastrophes naturelles, pollution
- Voyages entrepris dans un but de diagnostic et / ou de traitement
- Etats de grossesse sauf complication imprévisible, et dans tous les cas à partir de la 32^{ème} semaine de grossesse.
- Les conséquences d'une inobservation volontaire à la réglementation des pays visités, ou de la pratique d'activités

prohibées par les autorités locales

Quelles sont vos obligations en cas de sinistre ?

Pour toute demande d'assistance, vous devez nous contacter, 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7: **voir coordonnées page 14**

et 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 d'Allianz IARD.

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 Adhérent ou 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.

Ce que nous excluons

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

- **aux dommages que vous avez causés ou provoqués intentionnellement,**
- **aux dommages résultant de l'usage de véhicules terrestres à moteur, de bateaux à voile et à moteur, et appareils de la navigation aérienne, d'armes,**
- **aux dommages résultant de toute activité professionnelle,**
- **aux objets confiés à l'Adhérent (sauf dans le cadre de stages conventionnés),**
- **aux conséquences de tous sinistres matériels et/ou corporels vous atteignant personnellement ainsi que les membres de votre famille ou de toute autre personne ayant la qualité d'Adhérent au titre du présent contrat,**
- **aux dommages immatériels sauf lorsqu'ils sont la conséquence directe de dommages accidentels, matériels et/ou corporels garantis,**
- **aux dommages résultant de la pratique de sports aériens ou de la chasse,**
- **aux dommages causés par des immeubles ou partie d'immeubles dont l'Adhérent est propriétaire, locataire ou occupant ;**
- **aux dommages que vous avez causés en raison d'un incendie, d'une explosion ou d'un dégât des eaux,**
- **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.

6/ Garantie Bagages

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

- vol et perte,
- destruction totale ou partielle,

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.

Notre remboursement n'interviendra qu'en complément du remboursement de la compagnie de transport.

Exclusions à la garantie Bagages :

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

- l'oubli, la perte (sauf par une entreprise de transport), l'échange,
- la confiscation des biens par les Autorités (douanes, police),
- les objets fragiles tels qu'objets en porcelaine, verre, ivoire, poterie, marbre,
- les objets désignés ci-après : bijoux, documents enregistrés sur bandes ou films, ainsi que le matériel professionnel, les portables informatiques, les mobiles téléphoniques, les appareils photo, les caméscopes, les PDA, les consoles de jeux, les lecteurs multimédia, les ordinateurs portables, les articles de sport, les instruments de musique, les produits alimentaires, les briquets, les stylos, les tableaux, 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.
- 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
- les bagages perdus ou endommagés lors de voyages ou déplacements intermédiaires

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 la compagnie de transport, 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 des éléments suivants :

- Le récépissé d'un dépôt de plainte en cas de vol ou de déclaration de vol auprès d'une autorité compétente (police, gendarmerie, compagnie de transport, commissaire de bord...) lorsqu'il s'agit de vol ou de perte par une entreprise de transport ;
- Le constat de perte ou de destruction établi auprès du transporteur (maritime, aérien, ferroviaire, routier) lorsque vos bagages ou objets se sont égarés, ont été endommagés ou volés pendant la période où ils se trouvaient sous la garde juridique du transporteur.

En cas de non présentation de ces documents, vous encourez la déchéance de vos droits à indemnisation.

Les sommes assurées ne peuvent être considérées comme preuve de la valeur des biens pour lesquels vous demandez indemnisation, ni comme preuve de l'existence de ces biens. Vous êtes tenu de justifier, par tous moyens en votre pouvoir et par tous documents en votre possession, de l'existence et de la valeur de ces biens au moment du sinistre, ainsi que de l'importance des dommages.

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

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 sont la conséquence de :

- **Maladies et accidents dont l'origine est antérieure à la souscription du contrat**
- **une maladie ou un accident qui sont le fait d'un acte intentionnel ou inconsidéré de la personne garantie, de mutilations volontaires ou d'une tentative de suicide**
- **une procédure pénale dont l'Adhérent fait l'objet**
- **des 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 : bobsleigh, skeleton, alpinisme, luge de compétition, sports aériens à l'exception du parachute ascensionnel, scooter des mers, sports de combat, sports de glisse hors piste, de la participation de l'Adhérent à des duels, paris, crimes et délits, rixes (sauf légitime défense), grèves,**
- **des conséquences de l'usage de médicaments, drogues ou stupéfiants non prescrits médicalement,**
- **des conséquences de l'alcoolisme ou de l'ivresse,**
- **des accidents ou maladies dus à la désintégration du noyau atomique, de toute irradiation provenant de rayonnement ionisant ainsi que les sinistres dus aux effets de radiations provoqués par l'accélération artificielle de particules,**
- **des conséquences d'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,**
- **activités assurées lorsqu'une interdiction de fournir un contrat ou un service d'assurance s'impose à l'assureur du fait de sanction, restriction ou prohibition prévues par les conventions, lois ou règlements, y compris celles décidées par le Conseil de sécurité des Nations Unies, le Conseil de l'Union européenne, ou par tout autre droit national applicable,**
- **activités assurées lorsqu'elles sont soumises à une quelconque sanction, restriction, embargo total ou partiel ou prohibition prévues par les conventions, lois ou règlements, y compris celles décidées par le Conseil de sécurité des Nations Unies, le Conseil de l'Union européenne, ou par tout autre droit national applicable. Il est entendu que cette disposition ne s'applique que dans le cas où le contrat d'assurance, les biens et/ou activités assurés entrent dans le champ d'application de la décision de sanctions restrictives, embargo total ou partiel ou prohibition,**
- **l'absence d'aléa.**

8/ Bases du contrat d'assurance

Ce contrat est régi par le Code des assurances.

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

SUBROGATION

Conformément aux dispositions de l'article L121-12 du Code des assurances, 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 reproduits ci-après :

Article L. 114-1 du Code des assurances :

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 :

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 :

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.

Information complémentaire :

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription visées à l'article L. 114-2 du Code des assurances sont énoncées aux articles 2240 à 2246 du Code civil reproduits ci-après.

Pour prendre connaissance de toute mise à jour éventuelle des dispositions précitées, nous vous invitons à consulter le site officiel « www.legifrance.gouv.fr ».

Article 2240 du Code civil :

La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription.

Article 2241 du Code civil :

La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion.

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

Article 2242 du Code civil :

L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance.

Article 2243 du Code civil :

L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée.

Article 2244 du Code civil :

Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée.

Article 2245 du Code civil :

L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers.

En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu. Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers.

Article 2246 du Code civil :

L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution.

PLURALITE D'ASSURANCES

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

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

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).

LANGUE UTILISÉE

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

TRIBUNAUX COMPETENTS - LOI APPLICABLE

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

Toute action judiciaire relative au présent contrat sera de la seule compétence ces 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.

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'....., conformément à l'article L 112-10 du Code des Assurances. J'atteste n'avoir connaissance à la date d'envoi de cette lettre, d'aucun sinistre mettant en jeu une garantie du contrat. »**

9/ Médiation

QUELLES SONT LES MODALITES D'EXAMEN DES RECLAMATIONS ?

Vos interlocuteurs habituels sont en mesure d'étudier au fond toutes vos demandes et réclamations. Si, au terme de cet examen, les réponses données ne satisfont pas votre attente, vous pouvez adresser votre réclamation à :

Pour ACS :

**ACS, Service réclamations,
153, rue de l'Université, 75007 Paris, France
Courriel : contact@acs-ami.com**

Il sera accusé réception de la réclamation dans les 10 jours de sa réception, sauf si la réponse elle-même vous est apportée dans ce délai. En tout état de cause, conformément à législation applicable, une réponse vous sera adressée avant l'expiration d'un délai de deux mois à compter de la date de réception de la réclamation.

Si le désaccord persiste, vous pouvez adresser votre réclamation à :

Pour Allianz Worldwide Care :

**Allianz Worldwide Care SA - Relations Clients,
20 place de Seine, 92086 Paris La Défense Cedex, France.**

Pour Allianz IARD :

**Allianz – Relations Clients
Case Courrier BS
20, place de Seine
92086 Paris La Défense Cedex, France
Courriel : clients@allianz.fr**

Allianz adhère à la charte de la médiation de la Fédération Française des Sociétés d'Assurances. Aussi, en cas de désaccord persistant et définitif avec l'un des assureurs, vous avez la faculté, après épuisement des voies de traitement internes indiquées ci-dessus, de faire appel au Médiateur de la Fédération Française des Sociétés d'Assurances dont les coordonnées postales sont les suivantes : TSA 50110 – 75441 PARIS CEDEX 09 France, et ceci sans préjudice des autres voies d'actions légales.

Les parties déclarent se soumettre à la loi française.

COMMENT EST CALCULÉE VOTRE INDEMNITÉ POUR LES GARANTIES ASSISTANCE, RESPONSABILITÉ CIVILE ET BAGAGES ?

Si l'indemnité ne peut être déterminée de gré à gré, elle est évaluée par la voie d'une expertise amiable, sous réserve de nos droits respectifs. Chacun de nous choisit son expert. Si ces experts ne sont pas d'accord entre eux, ils font appel à un troisième et tous trois opèrent en commun et à la majorité des voix.

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

Dans quel délai serez-vous indemnisé ?

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

AUTORITÉ CHARGÉE DU CONTRÔLE DE L'ENTREPRISE D'ASSURANCES

L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) 61, rue Taitbout -75436 Paris Cedex 09, France.

INFORMATION DU SOUSCRIPTEUR SUR LES DISPOSITIONS DE LA COMMISSION NATIONALE DE L'INFORMATIQUE ET DES LIBERTÉS – CNIL

Nous vous informons que les informations recueillies font l'objet de traitements destinés à la gestion de la présente demande et à la relation commerciale. Certains de ces traitements sont susceptibles d'être effectués par des prestataires dans ou hors d'Europe. Sauf opposition de votre part, vos données pourront aussi être utilisées dans un but de prospection pour les produits d'assurances que nous distribuons. Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978, telle que modifiée par la loi du 6 août 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de modification, de rectification, de suppression et d'opposition relatif aux données vous concernant en adressant une demande écrite à votre courtier.

Dans le cadre de notre politique de maîtrise des risques et de la lutte anti-fraude, nous nous réservons le droit de procéder à tout contrôle des informations et de saisir, si nécessaire, les Autorités compétentes conformément à la réglementation en vigueur.

10/ 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:

- par téléphone

de France : 01.45.16.43.81 ou 01.45.16.77.18
de l'étranger : 33.1.45.16.43.81 ou 33.1.45.16.77.18

- par télécopie

de France : 01.45.16.63.92 ou 01.45.16.63.94
de l'étranger : 33.1.45.16.63.92 ou 33.1.45.16.63.94

- par e-mail

medical@mutuaide.fr

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
e-mail : contact@assistance-etudiants.com / contact@acs-ami.com

En cas de divergence entre la version française et la version anglaise de la présente notice, la version française prévaudra.

11/ Tableau des montants de garantie

FRAIS MEDICAUX

Frais médicaux maximum par personne et par an dans le pays PVT / WHV	Illimités(1)
Frais médicaux maximum par personne et par an lors de séjours touristiques	150 000 €*
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 € *
Soins relatifs à la grossesse et à la maternité	90% jusqu'à 5 000 €*

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

PREVOYANCE

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

RESPONSABILITE CIVILE VIE PRIVEE

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 6 jours	Billet A-R + 80 € par nuit (maxi 8 nuits)
Retour anticipé suite au décès d'un membre de la famille proche	Billet A-R – frais réels
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.

* Plafonds maximum pour 12 mois de garanties en un ou plusieurs contrats.

FORMULAIRE DE DEMANDE DE REMBOURSEMENT

Complétez toutes les sections de ce formulaire et joignez-y les **factures originales acquittées**, les copies des ordonnances et des **comptes rendus médicaux**, ainsi que la copie de votre **passport** (page d'identification + tampon d'arrivée). Ces documents doivent mentionner les nom et prénom du patient, la date des soins, ainsi que 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 153 rue de l'université 75007 Paris, France.**

Pour les soins inférieurs à 500€, vous pouvez envoyer toutes les pièces par email à l'adresse : servicemedical@acs-ami.com

ATTENTION : La compagnie se réserve le droit de demander à tout moment les ORIGINAUX et ce pendant une durée de 2 ans.

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

Nom: _____ Prénom: _____

Adresse postale: _____

Téléphone: _____ E-mail: _____

Les soins reçus sont en rapport avec:

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

Maladie: Diagnostic (pathologie) et date : _____

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. _____	_____	_____	_____

Commentaires: _____

En cas de remboursement je souhaite recevoir :

Un chèque en euros, envoyé à l'adresse française suivante: _____

Un virement bancaire français ou étranger (joindre coordonnées bancaires complètes)

(Attention : Les virements vers un compte étranger sont toujours soumis à des frais bancaires variables)

Pour toute demande d'assistance ou prise en charge d'une hospitalisation, contactez Mutuaide Assistance (24h/24 et 7j/7):

• par téléphone
33.1.45.16.43.81

• par télécopie
33.1.45.16.63.92
ou 33.1.45.16.63.94

• par e-mail
medical@mutuaide.fr