

CARTE
C-zam

NOTICE D'INFORMATION
CONTRAT D'ASSURANCE N°070313119030

TABLE DES MATIÈRES

CONDITIONS COMMUNES	3
CONDITIONS PARTICULIÈRES ASSISTANCE	7
▲ DESCRIPTIF DES GARANTIES	7
▲ INFORMATIONS AVANT LE DÉPART EN VOYAGE	9
▲ ASSISTANCE EN CAS D'ATTEINTE CORPORELLE	10
1. Transfert / Rapatriement	10
2. Rapatriement des accompagnants	10
3. Accompagnement des enfants de moins de 15 ans	10
4. Présence hospitalisation	10
5. Frais médicaux	11
6. Avance de frais d'hospitalisation	11
7. Secours sur piste	11
8. Chauffeur de remplacement	12
9. Transmission des messages urgent	12
▲ ASSISTANCE EN CAS DE DÉCÈS	13
1. Rapatriement de corps	13
2. Rapatriement des accompagnants	13
▲ RETOUR ANTICIPÉ	13
▲ POURSUITES JUDICIAIRES À L'ÉTRANGER	14
▲ ACHEMINEMENT D'OBJETS À L'ÉTRANGER	14
1. Acheminement de médicaments	14
2. Acheminement de lunettes, de lentilles ou de prothèses auditives	14
▲ QUE FAIRE EN CAS DE SINISTRE ?	15
CONDITIONS PARTICULIÈRES ASSURANCE	16
▲ DESCRIPTIF DE LA GARANTIE DÉCÈS / INVALIDITÉ PERMANENTE	16
▲ QUE FAIRE EN CAS DE SINISTRE ?	20

CONDITIONS COMMUNES

**Nos services sont disponibles 24/24h - 7/7j
sur simple appel au numéro de téléphone figurant au dos de la Carte**

Notice d'information du Contrat d'assurance n°070313119030 souscrit auprès de CARMA (entreprise régie par le Code des assurances - 6, rue du Marquis de Raies 91008 Evry), ci-après dénommé l'Assureur, par CARREFOUR BANQUE (SA au capital de 101 346 956,72€ - RCS Evry 313 811 515 - 1 place Copernic 91051 Evry Cedex - Inscrit à l'ORIAS sous le n°07 027 516 - www.orias.fr) pour le compte des Assurés conformément à l'article L112-1 du Code des assurances.

PRISE D'EFFET ET CESSATION DES GARANTIES

Les garanties de la présente notice d'information prennent effet à compter de la date de délivrance de la *Carte*.

Elles s'appliquent aux *Sinistres* dont la *Survenance* est postérieure à la date de délivrance de la *Carte*.

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 à Carrefour Banque.

Carrefour Banque 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 *Contrat*, Carrefour Banque informera, par tout moyen à sa convenance, le *Titulaire*.

LOI APPLICABLE

La présente notice d'information est soumise au droit français. En cas de différence de législation entre le droit français et les lois locales en vigueur, il est convenu que le droit français prévaudra quel que soit le pays où s'est produit le *Sinistre*.

TRIBUNAUX COMPÉTENTS

La présente notice d'information est régie exclusivement par la loi française. Tout litige né de son exécution, de son inexécution ou de son interprétation sera de la compétence exclusive des juridictions françaises.

INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

L'*Assureur* met en œuvre des traitements de données à caractère personnel relatifs à la passation, à la gestion et à l'exécution des contrats passés avec les assurés, à la gestion commerciale de clients, ainsi qu'à la gestion d'opérations de contrôle anti-fraude ou de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme.

Les données collectées sont indispensables à ces traitements et sont destinées aux services concernés de l'*Assureur*, ainsi que, le cas échéant, à ses sous-traitants, prestataires ou partenaires.

Par ailleurs, les *Assurés* sont informés que les conversations téléphoniques qu'ils échangeront dans le cadre de la gestion des *Sinistres* pourront faire l'objet d'un enregistrement au titre du suivi de la qualité des services et de la formation des personnels. L'*Assuré* pourra exprimer son consentement ou s'opposer à l'enregistrement en manifestant son refus auprès de son interlocuteur. Ces enregistrements seront conservés pendant un délai maximum de six mois.

L'*Assuré* dispose d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition pour motif légitime relatifs aux informations le concernant dans les conditions prévues par la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978. L'*Assuré* peut également s'opposer à ce que ses données soient utilisées à des fins de prospection. Pour ce faire, il peut saisir le Service Consommateurs de l'*Assureur* par voie postale à CP 8004-91008 EVRY Cedex, en accompagnant sa demande de la copie d'un titre d'identité.

AUTORITÉ DE CONTRÔLE

L'Assureur est soumis à la supervision de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, sise 61 rue Taitbout 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 fautive 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.

RÉCLAMATION/MÉDIATION

L'Assureur met à disposition de l'Assuré un dispositif spécialement destiné à régler tout mécontentement relatif à au contrat d'assurance. Pour ce faire, l'Assuré peut s'adresser à :

Service Réclamations

123-125 rue Victor Hugo

92594 Levallois Perret Cedex

À réception de sa réclamation, le Service Réclamations lui en accusera réception dans un délai ne dépassant pas 10 jours et lui apportera une réponse dans un délai ne dépassant pas deux mois. Si ces délais ne pouvaient être tenus du fait de circonstances exceptionnelles, le Service Réclamations en tiendra informé l'Assuré.

Si l'Assuré n'estime pas satisfaisante la réponse obtenue, il pourra alors adresser sa réclamation au Service Consommateurs de l'Assureur qui lui en accusera réception et lui apportera réponse sous les mêmes délais. Il a la possibilité de saisir ce service :

Par courrier :

CARMA - Service Consommateurs

CP 8004 - 91008 EVRY Cedex

Par mail :

fr_conso_carma@carrefour.com

Si malgré son intervention il subsiste un désaccord, il lui sera possible de saisir en ligne le Médiateur de l'assurance sur le site:

<http://www.mediation-assurance.org>

Il pourra également saisir le Médiateur par courrier à l'adresse suivante :

La Médiation de l'assurance - TSA 50110 - 75441 PARIS CEDEX 09

Le Médiateur peut être saisi si :

- l'Assuré justifie avoir tenté au préalable de résoudre son litige dans les conditions et selon les modalités décrites ci-avant ;
- aucune action judiciaire n'est ou n'a été engagée ; le Médiateur doit se dessaisir si une action judiciaire a été intentée au cours de l'instruction du dossier.

En cas de demande manifestement infondée ou abusive, le Médiateur de l'assurance est libre de se dessaisir et en informe les parties.

Les dispositions ci-avant s'entendent sans préjudice de l'exercice d'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'engage 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.

PLURALITÉ 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 DÉCLARATION 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.

DÉFINITIONS GÉNÉRALES

Assureur

CARMA, Compagnie d'assurance, SA au capital de 23 270 000€, RCS EVRY 330 598 616 sise 6 rue du marquis de Raies 91008 Evry Cedex.

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 « C-zam » délivrée par Carrefour Banque à laquelle sont attachées les garanties.

Toutefois, tout *Titulaire*, détenteur de plusieurs cartes « MasterCard® » émises par CARREFOUR BANQUE, 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 « MasterCard® » émise par CARREFOUR BANQUE pour le compte d'autres Titulaires d'une carte « MasterCard® » émise par CARREFOUR BANQUE, 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°070313119030 souscrit par Carrefour Banque auprès de l'*Assureur* pour le compte des *Titulaires* d'une carte « C-ZAM » émise par CARREFOUR BANQUE.

Force majeure

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

Titulaire

La personne physique dont le nom et le prénom figurent sur le relevé de compte rattaché à la *Carte*.

Franchise

La part du *Sinistre* laissée à la charge de l'*Assuré* prévue au titre de la présente notice d'information, 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 par la présente notice.

Survenance du Sinistre

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

CONDITIONS PARTICULIÈRES ASSISTANCE

▲ DESCRIPTIF DES GARANTIES

LES GARANTIES SONT ACQUISES DU SEUL FAIT DE LA DÉTENTION 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 :

PRÉVENIR L'ASSUREUR LE PLUS TÔT POSSIBLE, ET IMPÉRATIVEMENT AVANT TOUT ENGAGEMENT DE DÉPENSE.

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. À 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 particulièrement 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.

PRÉAMBULE

Tous les termes figurant en *italique* dans la présente notice d'information font l'objet d'une définition dans DÉFINITIONS COMMUNES.

ÉTENDUE 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.

DÉFINITIONS COMMUNES

Étranger

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 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/ à 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 I113-1 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 7^{ème} 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 fixe 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 la notice,
- 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*.

▲ INFORMATIONS AVANT LE DÉPART 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*). L'attestation peut être demandée directement par internet sur cb.servicecarte.com

CONSEILS AVANT TOUT DÉPART

- 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 Économique 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 Économique 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 ses déplacements, l'Assuré ne doit pas oublier d'emporter les documents justifiant son identité et tout document nécessaire à son voyage : passeport, carte nationale d'identité, carte de séjour, visa d'entrée, visa de retour, carnet de vaccination de son animal s'il l'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.

À 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 1^{ère} classe, avion de ligne régulière en classe économique, avion sanitaire, ...), si nécessaire sous surveillance médicale.

Seul 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 1^{ère} 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 1^{ère} 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 la 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 65€ 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 exclusivement, de la personne qui a été choisie ou de la personne déjà présente au chevet de l'Assuré, **jusqu'à concurrence de 65€ par nuit et pour un montant maximum de 300€.**

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 11 000 € 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 :
 - o 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.
 - o 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'Étranger », 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.

À 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'Étranger » 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 1^{ère} 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 la famille* ou à son employeur lorsque l'*Assuré* est dans l'impossibilité de les transmettre lui-même.

▲ ASSISTANCE EN CAS DE DÉCÈS

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 1^{ère} 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 ANTICIPÉ

Si l'*Assuré* en déplacement apprend l'hospitalisation non prévue ou le décès d'un *Membre de la famille*, l'*Assureur* organise et prend en charge son voyage pour lui permettre de se rendre à l'hôpital, au chevet du *Membre de la 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,
- 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 la famille* n'est accordée 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 accordée 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 À L'ÉTRANGER

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'ÉTRANGER

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. À 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. À 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 dans la présente notice, l'Assuré doit impérativement contacter, ou faire contacter, l'Assureur dès qu'il a connaissance d'un événement susceptible d'entraîner la mise en œuvre d'une garantie :

- par téléphone, 7j/7 24h/24, en appelant le numéro figurant au verso de la Carte,
- par télécopie : 01.45.16.63.92
- par courrier électronique : assistance@mutuaide.fr

DÉLAI DE DÉCLARATION

TOUTE DEMANDE D'ASSISTANCE DOIT ÊTRE FORMULÉE À L'ASSUREUR DANS LES PLUS BREFS DÉLAIS ET IMPÉRATIVEMENT AVANT TOUT ENGAGEMENT DE DÉPENSES. L'ASSUREUR INTERVIENT À LA CONDITION EXPRESSE QUE L'ÉVÉNEMENT QUI L'AMÈNE À METTRE EN ŒUVRE LA GARANTIE DEMEURAIT INCERTAIN AU MOMENT DU DÉPART.

L'Assuré devra impérativement :

- communiquer les justificatifs que l'Assureur estime nécessaires pour apprécier le droit aux garanties d'assistance.
- À défaut, l'Assureur refusera la mise en œuvre des garanties et/ou procédera 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*.

CONDITIONS PARTICULIÈRES ASSURANCE

▲ DESCRIPTIF DE LA GARANTIE DÉCÈS / INVALIDITÉ PERMANENTE

Sauf stipulation contraire, l'Assuré bénéficie de la garantie décès / invalidité permanente à la condition impérative que la prestation assurée ait été réglée, totalement ou partiellement, au moyen de la Carte avant la Survenance du Sinistre. Pour connaître les prestations, l'Assuré doit se reporter aux conditions de chaque garantie.

TERRITORIALITÉ

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

DÉFINITIONS

Accident

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

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.

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.

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.

Tiers

Toute personne autre que :

- le Titulaire et son Conjoint,
- leurs ascendants et leurs descendants,
- leurs préposés rémunérés ou non par l'Assuré, dans l'exercice de leur fonction.

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.

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*.

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*.

LE MONTANT DES GARANTIES VARIE SELON L'ÉVÉNEMENT GARANTI ET LE MODE DE TRANSPORT :

1) ACCIDENT DE VOYAGE

À bord d'un *Transport public* :

- En cas de *Décès* immédiat ou survenant dans les 100 jours qui suivent la date de l'*Accident*, l'*Assureur* verse au *Bénéficiaire* un capital de **95 000 €**.
- En cas d'*Invalidité permanente* survenant dans les 2 ans qui suivent la date de l'*Accident*, l'*Assureur* verse à l'*Assuré* un capital maximum de **95 000 € variable selon le barème d'indemnisation des accidents du travail**.

À bord d'un *Véhicule de location* :

- En cas de *Décès* immédiat ou survenant dans les 100 jours qui suivent la date de l'*Accident*, l'*Assureur* verse au *Bénéficiaire* un capital de **46 000 €**.
- En cas d'*Invalidité permanente* survenant dans les 2 ans qui suivent la date de l'*Accident*, l'*Assureur* verse à l'*Assuré* un capital maximum de **46 000 € variable selon le barème d'indemnisation des accidents du travail**.

2) ACCIDENT DE PRE OU POST ACHEMINEMENT

À bord d'un *Transport public* :

- En cas de *Décès* immédiat ou survenant dans les 100 jours qui suivent la date de l'*Accident*, l'*Assureur* verse au *Bénéficiaire* un capital de **46 000 €**.
- En cas d'*Invalidité permanente* survenant dans les 2 ans qui suivent la date de l'*Accident*, l'*Assureur* verse à l'*Assuré* un capital maximum de **46 000 € variable selon le barème d'indemnisation des accidents du travail**.

À bord d'un *Véhicule de location* :

- En cas de *Décès* immédiat ou survenant dans les 100 jours qui suivent la date de l'*Accident*, l'*Assureur* verse au *Bénéficiaire* un capital de **46 000 €**.
- En cas d'*Invalidité permanente* survenant dans les 2 ans qui suivent la date de l'*Accident*, l'*Assureur* verse à l'*Assuré* un capital maximum de **46 000 € 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*.

DURÉE 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.**

LIMITE DE GARANTIE

Dans tous les cas, quel que soit le nombre d'*Assurés* accidentés, l'indemnité maximum n'excèdera pas **par *Sinistre* et par *Famille* :**

- pour un *Accident de Voyage* : **95 000 €**
- pour un *Accident de pré ou post acheminement* : **46 000 €**

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

EXCLUSIONS

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.
- 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*.

PIÈCES JUSTIFICATIVES PARTICULIÈRES À FOURNIR EN CAS DE SINISTRE

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, 7j/7 24h/24, en appelant le numéro figurant au verso de la *Carte*.
- par internet sur <https://cb.servicecarte.com>
- par courrier à « Service Assurance Carte – TSA 80338 – 94594 Bry sur Marne Cedex » en indiquant lisiblement des coordonnées téléphoniques auxquelles le contacter afin de compléter la déclaration.

DÉLAI DE DÉCLARATION

Sauf stipulation contraire, il est fait obligation à l'Assuré de déclarer tout *Sinistre* dont il pourrait réclamer l'indemnisation au titre de la présente notice 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).

PIÈCES JUSTIFICATIVES COMMUNES À FOURNIR EN CAS DE SINISTRE

Pour tous les cas de sinistre :

- le formulaire de demande d'indemnisation transmis après la déclaration et complété par l'Assuré,
- toute preuve du paiement avec la *Carte*,
- un relevé *Carte* sur lequel apparaît le règlement des prestations,
- 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 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 (PIÈCES JUSTIFICATIVES PARTICULIÈRES À 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. Faut 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.