

Extra-Pass & Extra-Pass+ Règlement mutualiste

Votre couverture santé et vos assurances en France et à l'étranger

Sécurité Sociale Étudiante



Au cœur de la vie étudiante



Une mutuelle, appelée Société Mutualiste Interprofessionnelle Santé (MIS Santé) est établie à Marseille au 10, rue Léon Paulet - CS 30041 - 13417 Marseille cedex 8. Elle est régie par le Code de la mutualité et soumise notamment aux dispositions du livre II dudit Code. Conformément à l'article R.414-1 du Code de la mutualité, elle est immatriculée auprès du Secrétaire Général du Conseil Supérieur de la Mutualité sous le numéro 438 601 932.

MIS Santé est totalement substituée dans ses garanties par la Mutuelle des Étudiants de Provence (MEP), immatriculée auprès du Secrétaire Général du Conseil Supérieur de la Mutualité sous le numéro 782 814 826 et dont le siège social est situé 10 rue Léon Paulet - CS 40042 - 13417 Marseille Cedex 08. La MEP, en sa qualité de mutuelle substituante, donne à MIS Santé sa caution solidaire pour l'ensemble des engagements financiers et charges, y compris non assurantiels, vis-à-vis des adhérents, ayants droit, bénéficiaires et de toutes autres personnes physiques et morales.

Si l'agrément faisant l'objet de la substitution était retiré à la MEP, les garanties seraient résiliées le dixième jour à midi à compter de la publication de la décision de retrait d'agrément, la portion de cotisation afférente à la période non garantie étant alors remboursée à l'adhérent.

Article 1^{er} - Objet

En application de l'article L.114-1 alinéa 5 du Code de la mutualité et de l'article 3 des statuts de la Société Mutualiste Interprofessionnelle Santé (MIS Santé), il est établi un règlement mutualiste qui définit les droits et obligations réciproques des adhérents, d'une part et MIS Santé, d'autre part, en ce qui concerne les prestations servies et les cotisations acquittées relatives au présent contrat mutualiste.

Les garanties Extra-Pass et Extra-Pass + sont destinées à garantir la prise en charge ou le remboursement des frais de santé occasionnés par une maladie inopinée ou par un accident survenu lors d'un séjour à l'étranger.

Article 2 - Conditions et modalités d'adhésion

2.1 Conditions d'adhésion

2.1.1 Pour la garantie Extra-Pass

Être âgé de seize (16) ans à trente-cinq (35) ans, être domicilié en France, être lycéen ou étudiant ou assimilé ou l'avoir été dans les douze (12) derniers mois précédant la souscription, et prévoir de se rendre temporairement hors de France pour :

- ◆ suivre des études,
- ◆ effectuer un stage d'étude ou une mission d'étude,
- ◆ participer à un séjour linguistique,
- ◆ passer des vacances.

2.1.2 Pour la garantie Extra-Pass +

Être domicilié en France et prévoir de se rendre temporairement hors de France pour un séjour d'une durée maximale de douze (12) mois.

2.2 Modalités d'adhésion

Pour être pris en considération, la demande d'adhésion doit obligatoirement comporter :

- ◆ un bulletin d'adhésion dûment complété dans son intégralité, signé et daté,
- ◆ un paiement au bénéfice de la Société Mutualiste Interprofessionnelle Santé (MIS Santé) en espèces, par chèque, par carte bancaire, par virement pour la totalité du montant de l'adhésion ou, en cas de paiement fractionné, par un mandat de prélèvement SEPA sur un compte bancaire situé dans un pays de la zone SEPA.

Article 3 - Délai de rétractation

En application des articles L.221-18 du Code de la mutualité et L.121-29 du Code de la consommation, tout adhérent dispose d'un délai de quatorze (14) jours calendaires pour exercer son droit de rétractation, sans avoir à justifier de motif ou à supporter des pénalités. Le délai court à compter du jour où le contrat d'adhésion est signé.

La mise en œuvre de ce droit de rétractation se fait par lettre recommandée avec accusé de réception adressée au

siège de la mutuelle MIS Santé.

C'est la date de première présentation de ladite lettre qui permet de constater si la rétractation a bien été effectuée dans le délai requis.

En application de l'article L.121-29-II 2° du Code de la consommation, toute transmission par l'adhérent, pendant le délai de rétractation, d'une demande de remboursement de prise en charge ou de frais de santé, constitue de sa part une demande expresse et irrévocable d'exécution du contrat mutualiste emportant renonciation au délai et au droit de rétractation.

Article 4 - Fausse déclaration

Il est rappelé à ce titre, in extenso, les édictons de l'article L.221-14 du Code de la mutualité :

« Indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée au membre participant par la mutuelle ou par l'union est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la mutuelle ou l'union, alors même que le risque omis ou dénaturé par le membre participant a été sans influence sur la réalisation du risque. Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à la mutuelle ou à l'union qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts ».

Article 5 - Prise d'effet, durée, résiliation

5.1 Prise d'effet

Pour autant que la demande soit complète et acceptée par la mutuelle MIS Santé, l'adhésion prend effet à la date de prise d'effet telle que mentionnée sur le bulletin d'adhésion à 00 heure.

La garantie Extra-Pass est acquise à l'adhérent après expiration d'un délai de carence de sept (7) jours à compter de la souscription du contrat d'assurance santé (aucun délai de carence en cas d'accident).

5.2 Durée

L'adhésion est souscrite pour une durée ferme et indiquée sur le bulletin d'adhésion. Ladite durée ne peut faire l'objet d'aucune interruption.

Cette durée peut être d'un (1) mois au minimum pour la garantie Extra-Pass, une (1) semaine pour la garantie Extra-Pass + et de douze (12) mois consécutifs au maximum pour les deux.

Les garanties cessent à la date de fin du contrat mutualiste. Cette date est soit celle indiquée dans le bulletin d'adhésion, soit celle de la date de résiliation en cas de défaut de paiement ou en cas de faute dans l'exécution du contrat, soit celle du rapatriement ou du retour définitif en France en cas de retour anticipé.

Si un évènement, quel qu'il soit, intervient pendant un retour temporaire en France (article 8.3.1) rendant impossible la reprise du séjour à l'étranger, le jour du retour temporaire de l'adhérent en France est considéré comme étant la date de retour définitif.

5.3 Résiliation

En cas de défaut de paiement, il est fait application de l'article L.221-7 du Code de la mutualité ci-après rappelé :

« Dans le cadre des opérations individuelles, à défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la mutuelle ou l'union de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la garantie ne peut être suspendue que trente jours après la mise en demeure du membre participant.

Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une ou des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

La mutuelle ou l'union a le droit de résilier ses garanties dix jours après l'expiration du délai de trente jours prévu à l'alinéa précédent.

Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent, le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation des garanties.

La garantie non résiliée reprend pour l'avenir ses effets, à midi, le lendemain du jour où ont été payées à la mutuelle ou à l'union la cotisation arriérée ou en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure et celle venue à échéance pendant la période de suspension, ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement ».

En cas de défaut de paiement de tout ou partie de la cotisation, les frais de recouvrement et de procédure dont le montant s'élève de deux-cents (200) euros sont à la charge de l'adhérent.

Article 6 - Zone géographique

Les garanties Extra-Pass ONE et Extra-Pass + ONE sont valables pour le Monde entier, y compris les pays de l'Union Européenne.

Les garanties Extra-Pass TWO et Extra-Pass + TWO ne sont valables que pour les pays de l'Union Européenne.

Les garanties ne peuvent pas être souscrites pour la France Métropolitaine, ni pour les pays suivants : Afghanistan, Djibouti, Éthiopie, Irak, Mauritanie, Somalie, Soudan, Syrie, Yémen.

Article 7 - Cotisations et paiement des cotisations

7.1 Cotisations

7.1.1 Pour la garantie Extra-Pass

Les cotisations sont les suivantes pour chaque garantie :

	Tarif mensuel	Tarif ajusté à la quinzaine (après le 1er mois)
Extra-Pass ONE Garantie Monde entier	41 €	24 €
Extra-Pass TWO Garantie Union Européenne	32 €	19 €

7.1.2 Pour la garantie Extra-Pass +

Les cotisations sont les suivantes pour chaque garantie :

Extra-Pass + ONE	1 semaine	2 semaines	1 mois
< 7 ans	25,00 €	34,00 €	58,00 €
< 15 ans	15,00 €	20,00 €	37,00 €
< 25 ans	20,00 €	25,00 €	44,00 €
< 40 ans	26,00 €	35,00 €	60,00 €
< 50 ans	32,00 €	42,00 €	75,00 €
< 60 ans	38,00 €	60,00 €	93,00 €
< 70 ans	46,00 €	70,00 €	120,00 €
70 ans et +	55,00 €	90,00 €	150,00 €

Extra-Pass + TWO	1 semaine	2 semaines	1 mois
< 7 ans	23,00 €	31,00 €	53,00 €
< 15 ans	13,50 €	18,00 €	33,30 €
< 25 ans	18,00 €	22,50 €	39,60 €
< 40 ans	23,40 €	31,50 €	54,00 €
< 50 ans	28,80 €	37,80 €	67,50 €
< 60 ans	34,20 €	54,00 €	83,70 €
< 70 ans	41,40 €	63,00 €	108,00 €
70 ans et +	49,50 €	81,00 €	135,00 €

7.1.3 Pour l'option Annulation

La cotisation par contrat est forfaitaire et dépend du montant de l'indemnité choisi :

- ◆ Option 1 (500 €) : 10 € ;
- ◆ Option 2 (1 500 €) : 20 € ;
- ◆ Option 3 (3 000 €) : 30 €.

7.2 Paiement des cotisations

La cotisation est individuelle (aucun ayant-droit au contrat) et forfaitaire.

Le paiement de la cotisation au bénéfice de MIS Santé intervient en espèces, par chèque, par carte bancaire, par virement pour la totalité du montant de l'adhésion ou, en cas de paiement fractionné, par un mandat de prélèvement SEPA sur un compte bancaire situé dans un pays de la zone SEPA.

Le paiement fractionné n'est possible que pour des garanties d'une durée supérieure ou égale à cinq (5) mois et pour une souscription au plus tard quinze (15) jours avant la date de prise d'effet des garanties.

Les paiements fractionnés sont mensuels. En cas de paiement fractionné, le nombre de prélèvements mensuels est égal au nombre de mois de couverture moins trois (3). En effet, la part de cotisation correspondant aux trois (3) derniers mois de couverture est réglée au comptant lors de la souscription.

Tout défaut de paiement total ou partiel d'une cotisation due ou d'une fraction due de celle-ci entraîne l'application immédiate de la procédure de résiliation (article 5.3).

7.3 Frais et modalités d'annulation et/ou de modification

Toute demande d'annulation, hors délai de rétractation (article 3) et jusqu'à la veille de prise d'effet, est acceptée moyennant le paiement à la mutuelle d'une indemnité de dédit égale à vingt (20) euros si elle lui est notifiée par lettre recommandée avec accusé de réception ou par courriel.

Aucune annulation n'est acceptée après la prise d'effet du contrat mutualiste.

Toute demande de modification concernant les éléments du contrat mutualiste initialement donnés lors de l'adhésion (adresse, pays de séjour, date de prise d'effet, etc.) génère, pour chaque modification, le paiement par l'adhérent d'une somme égale à dix (10) euros au titre des frais de modification.

À compter de la date de prise d'effet, plus aucune demande de modification de celle-ci, ni de la durée du contrat mutualiste n'est acceptée.

Article 8 - Prestations

8.1 Principes généraux

Le contrat mutualiste garantit le remboursement ou la prise en charge des frais de santé ci-après indiqués, étant rappelé que le contrat est individuel et qu'il ne couvre que l'adhérent indiqué comme tel sur le bulletin d'adhésion.

Les garanties ne s'étendent ni ne bénéficient à aucun ayant-droit de l'adhérent.

Pour donner lieu à remboursement, les actes médicaux doivent obligatoirement avoir été prescrits par une autorité médicale titulaire des diplômes ou autorisations requis dans le pays où elle exerce et où elle est légalement habilitée à la pratique de son art.

Dans l'hypothèse où une maladie inopinée ou un accident grave nécessite des soins importants et lourds, l'adhérent doit, à la demande de MIS Santé, accepter d'écourter son séjour à l'étranger et donc accepter son rapatriement en France pour y être soigné. À défaut d'acceptation par l'adhérent, MIS Santé est en droit de refuser toute prise en charge et tout remboursement de soins.

Dans l'hypothèse où l'adhérent est dans l'impossibilité, pour des raisons médicales, de demander son rapatriement en France à l'assistant, MIS Santé se substitue à lui pour effectuer cette demande ou toute autre démarche dans les intérêts de l'adhérent.

Les frais de santé intervenus dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant la date de fin du contrat mutualiste donnent toutefois lieu à remboursement si et seulement si la maladie inopinée ou l'accident qui est à l'origine de ces frais de santé est intervenu pendant la durée dudit contrat.

8.2 Risques couverts et risques exclus

8.2.1 Risques couverts

Les frais médicaux et d'hospitalisation ne sont pris en charge que s'ils sont :

- ◆ consécutifs à un accident,
- ◆ consécutifs à une maladie inopinée nécessitant une intervention médicale ou chirurgicale ne pouvant pas attendre le retour ou le rapatriement dans le pays d'origine.

Par « maladie inopinée », il faut entendre toute altération de la santé médicalement constatée, soudaine et imprévisible.

Par « accident », il faut entendre toute atteinte corporelle non-intentionnelle de la part de l'adhérent et provenant exclusivement de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure. Ne sont donc pas des accidents au sens du présent contrat mutualiste les événements totalement ou partiellement provoqués par une maladie (cause pathologique).

8.2.2 Risques exclus

Sont toujours exclues les dépenses de santé qui ont pour origine directe ou indirecte les causes suivantes :

- ◆ la guerre civile ou étrangère, l'invasion, l'insurrection, la révolution, l'usurpation du pouvoir, le terrorisme etc. ;
- ◆ le contact ou la contamination par des substances dites nucléaires, biologiques ou chimiques, l'explosion d'engins et les effets nucléaires radioactifs ;
- ◆ les cataclysmes naturels, les épidémies et tous les cas de force majeure ;
- ◆ la participation de l'adhérent à des rixes, à des paris de toute nature, à des actes pénalement répréhensibles, à des manifestations ou à des événements non autorisés ;
- ◆ l'absorption par l'adhérent de drogues ou de substances analogues, de médicaments ou de traitements non prescrits par une autorité médicale habilitée ;
- ◆ l'état de grossesse, les blessures ou les maladies préexistantes ou qui sont le fait volontaire de l'adhérent et ceux qui résultent de tentatives de suicide ou de mutilations volontaires ;
- ◆ Les maladies préexistantes, les conditions de santé préexistantes et leurs conséquences (sont préexistantes les blessures, maladies ou conditions de santé qui sont intervenues et/ou diagnostiquées et/ou traitées précédant la souscription par l'adhérent au présent contrat) ;
- ◆ l'état alcoolique de l'adhérent, caractérisé par la présence dans le sang d'un taux d'alcool égal ou supérieur à celui fixé par la loi française concernant la circulation automobile ;
- ◆ la pratique par l'adhérent d'un sport à titre professionnel ;
- ◆ la participation de l'adhérent à une course ou à une compétition nécessitant l'utilisation d'un engin terrestre, aérien ou aquatique à moteur ;
- ◆ la pratique par l'adhérent de tous les sports aériens et des sports dits dangereux et notamment : escalade, alpinisme, spéléologie, plongée sous-marine avec appareils autonomes, bull-riding, rugby, randonnée en haute montagne, hurling, ski hors-piste, hockey, big wave riding, tout sport de combat etc. ;
- ◆ l'utilisation d'armes à feu par l'adhérent.

8.3 Prestations garanties et prestations exclues

8.3.1 Prestations garanties

Tous les frais ou actes de santé ci-après indiqués et qui sont consécutifs à l'un des risques couverts (article 8.2.1 du présent règlement) :

- ◆ Médecine hospitalière (100 % des frais réels) :
 - ◇ consultations généralistes et spécialistes (hors celles des dentistes et des ophtalmologistes) ;
 - ◇ frais de séjour et forfait hospitalier ;
 - ◇ actes de chirurgie, actes d'anesthésie et de réanimation ;
 - ◇ frais éventuels de salle d'opération ;
 - ◇ actes d'auxiliaires médicaux ;
 - ◇ actes d'analyses médicales et travaux de laboratoire ;
 - ◇ actes d'imagerie médicale (radiographie, échographie, IRM etc.) ;
 - ◇ frais pharmaceutiques ;
 - ◇ frais de transport en ambulance liés à une hospitalisation ouvrant droit à prestation dans le cadre du présent contrat.
- ◆ Médecine courante hors hospitalisation (100 % des frais réels) :
 - ◇ consultations, visites généralistes et spécialistes (hors celles des dentistes et des ophtalmologistes) ;
 - ◇ actes de petite chirurgie et actes de spécialiste ;
 - ◇ actes d'auxiliaires médicaux ;
 - ◇ actes d'analyses médicales et travaux de laboratoire ;
 - ◇ actes d'imagerie médicale (radiographie, échographie, IRM etc.) ;

- ◇ médicaments sur prescription médicale.
- ◆ Frais dentaires occasionnés par accident ou une urgence dentaire non consécutifs à un mauvais état préalable de la dentition ou des gencives (100 % des frais réels) :
- ◇ consultations, visites des dentistes ;
- ◇ soins dentaires (hors prothèses et implants dentaires).

Par « urgence dentaire », il faut entendre toute atteinte infectieuse des racines dont l'absence de traitement sous quarante-huit (48) heures est susceptible d'entraîner des complications.

- ◆ Frais ophtalmologiques occasionnés par un accident (traumatisme oculaire) ou par une urgence ophtalmologique non consécutifs à une pathologie préexistante, à un traitement de troubles de la vue ou au port d'un appareillage optique (100 % des frais réels) :
- ◇ consultations, visites des ophtalmologistes ;
- ◇ soins ophtalmologiques (hors prothèses, implants, appareillages optiques et chirurgie laser).

Par « urgence ophtalmologique », il faut entendre toute atteinte oculaire dont l'absence de traitement sous quarante-huit (48) heures est susceptible d'entraîner des complications et d'engager le pronostic fonctionnel et/ou visuel.

- ◆ Frais de santé engagés en France lors d'un retour temporaire à son domicile (100 % du tarif de convention de la Sécurité sociale) :
- ◇ médecine hospitalière ;
- ◇ médecine courante hors hospitalisation ;
- ◇ urgence dentaire ;
- ◇ urgence ophtalmologique.

Par « retour temporaire », il faut entendre tout retour en France d'une durée consécutive maximale de quinze (15) jours pour les contrats d'une durée inférieure à six (6) mois et d'une durée consécutive maximale de trente (30) jours pour les contrats d'une durée supérieure ou égale à six (6) mois.

Taux et plafonds de garantie* :

	Taux de remboursement	Plafonds de garantie
Médecine hospitalière	100 % des frais réels	Frais réels
Médecine courante hors hospitalisation	100 % des frais réels	Frais réels
Frais dentaires d'urgence	100 % des frais réels	300 €
Frais ophtalmologiques d'urgence	100 % des frais réels	300 €
Frais de santé en France lors d'un retour temporaire	100 % du tarif de convention de la Sécurité sociale	Hospitalisation : 500 000 € Hors hospitalisation : 15 000 €

* dans la limite des frais engagés par l'adhérent

8.3.2 Prestations exclues

Sont toujours exclus les actes et soins de santé suivants :

- ◆ **les actes ne figurant pas dans la Classification Commune des Actes Médicaux français (CCAM) ainsi que les actes non pris en charge ou ne faisant l'objet d'aucun tarif dans cette Classification ;**
- ◆ **les soins médicaux non prescrits par une autorité médicale titulaire des diplômes ou autorisations requis dans le pays où elle exerce et où elle est légalement habilitée à la pratique de son art, ou ceux inutiles du strict point de vue médical ;**
- ◆ **les actes et les soins prodigués qui sont pratiqués gratuitement en l'absence du présent contrat mutualiste ;**
- ◆ **les actes de contraception et d'interruption volontaire de grossesse ;**

- ◆ les interventions médicales ou chirurgicales, réparatrices ou esthétiques (ou assimilables), de toute origine et de toute nature ;
- ◆ les check-up, dépistages et bilans préventifs non motivés par l'un des risques couverts ;
- ◆ les actes ou traitements expérimentaux ;
- ◆ les cures thermales, de thalassothérapie et/ou de désintoxication ;
- ◆ les traitements de lutte contre l'obésité, l'amaigrissement et le vieillissement ;
- ◆ les traitements ou soins dentaires courants ou qui sont la conséquence d'un mauvais état préalable de la dentition ou des gencives ;
- ◆ les traitements ou soins ophtalmologiques courants ou qui sont la conséquence d'une pathologie pré-existante, d'un traitement de trouble de la vue ou du port d'un appareillage optique.

Sont toujours exclus les frais médicaux consécutifs :

- ◆ à l'insuffisance rénale,
- ◆ au diabète et à ses complications,
- ◆ aux maladies nerveuses et mentales,
- ◆ à l'épilepsie,
- ◆ aux ruptures d'anévrisme artériel ou de malformations artério-veineuses et aux infarctus du myocarde,
- ◆ à l'alcoolisme et à la dépendance de l'adhérent à la consommation de toute drogue ou substance considérées comme toxiques aux doses ingérées, à leur prise en charge ainsi qu'à toutes conséquences neurologiques et psychiatriques,
- ◆ aux accidents vasculaires cérébraux hémorragiques ou ischémiques et leurs conséquences,
- ◆ aux dorsalgies, lombalgies, lombosciatiques, hernies discales intervertébrales et à toute maladie chronique du rachis cervico-dorso-lombosacré,
- ◆ aux hernies crurales, scrotales, inguinales, de la ligne blanche et ombilicales ainsi qu'à toute lésion chronique de la paroi abdominale.

Sont toujours exclus :

- ◆ les prothèses, orthèses (auditives, dentaires, oculaires, plantaires, de membres, etc.) et ortho-prothèses,
- ◆ les appareillages dentaires (appareil dentaire orthopédique, orthodontique, extra-oral, élastiques, gouttières, attelles, etc.) et ophtalmologiques (lunettes, lentilles de contact cornéennes, intraoculaires, etc.),
- ◆ les appareillages tel que fauteuil roulant, béquilles, canne, déambulateur, lit médicalisé, etc. ,
- ◆ le matériel de contention,
- ◆ les produits non médicamenteux d'usage courant tels que coton hydrophile, alcool, crème solaire, dentifrice, pansements, savon, parfum, shampooing etc.,
- ◆ les frais annexes tels que le téléphone, la télévision en cas d'hospitalisation,
- ◆ les frais d'hébergement et de traitement relatifs à un séjour en maison de repos et/ou de convalescence, sauf lorsque le séjour fait suite à une hospitalisation de plus de trente (30) jours ou une intervention chirurgicale lourde. En toute hypothèse, les frais d'hébergement ou de traitement sont limités à trente (30) jours,
- ◆ les frais d'hébergement et de traitement relatifs à un séjour en établissement de réadaptation ou de rééducation professionnelle (ou établissement assimilé),
- ◆ les frais liés à l'assistance d'une personne dans ses activités quotidiennes, même si cette personne est déclarée en état d'invalidité temporaire ou permanente et, plus généralement, les frais relatifs à des soins de confort même s'ils sont prescrits par un médecin et s'ils sont délivrés par des fournisseurs ayant un statut médical ou paramédical,

- ◆ les dépenses de voyage et d'hôtel liées aux soins,
- ◆ les frais médicaux jugés somptuaires, déraisonnables ou inhabituels compte tenu du pays dans lequel ils sont engagés.

Article 9 - Modalités de mise en œuvre de la garantie

9.1 Entente préalable

Suite à un accident ou à une maladie inopinée garantis dont le traitement nécessite des actes ou des soins en série, et en l'absence de prise en charge (article 9.3), l'adhérent doit demander une entente préalable à MIS SANTÉ dans les mêmes conditions que la déclaration circonstanciée de sinistre.

La demande d'entente préalable mentionne les éléments suivants:

- ◆ les informations relatives aux médecins référents et le cas échéant les informations relatives à l'établissement de santé ;
- ◆ les types de soins, d'actes ou de traitements envisagés et les dates d'intervention ;
- ◆ le montant global estimé.

À défaut d'acceptation de l'entente préalable par MIS SANTÉ dans un délai de dix (10) jours, cette dernière est réputée refusée.

La demande d'entente préalable permet de vérifier a priori la recevabilité des remboursements de soins programmés par MIS SANTÉ par rapport aux garanties et aux exclusions.

L'accord donné suite à une demande d'entente préalable ne constitue qu'une présomption simple de recevabilité par rapport aux informations donnés et non un engagement de remboursement qui ne peut être donné qu'après réception de toutes les pièces justificatives (article 9.5).

L'équipe médicale de MIS SANTÉ peut contacter les médecins traitants et prendre les décisions les plus adaptées à l'état de santé de l'adhérent en fonction des informations recueillies et des seules exigences médicales. Si l'équipe médicale de MIS SANTÉ recommande un rapatriement ou une évacuation vers une structure médicale, ou un parcours de soins particulier, elle le fait en fonction des seuls impératifs médicaux retenus et dans le respect le plus strict des règles déontologiques. Le choix du parcours de soins, du rapatriement, du lieu d'hospitalisation, de la date et des moyens utilisés relèvent exclusivement de la décision de l'équipe médicale de MIS SANTÉ.

L'adhérent s'engage à accepter tout changement de centre hospitalier préconisé par les services MIS SANTÉ.

TOUT REFUS DE LA SOLUTION PROPOSÉE PAR L'ÉQUIPE MÉDICALE MIS Santé ENTRAÎNE LA DÉCHÉANCE DE LA GARANTIE.

En cas d'absence de demande d'entente préalable ou de refus d'entente préalable, aucune demande de remboursement n'est acceptée par MIS SANTÉ. Si toutefois les pièces justificatives font apparaître l'impérieuse nécessité des soins pour l'adhérent, le strict respect des usages médicaux et le fait que l'absence d'accord préalable n'a aucunement été préjudiciable à MIS SANTÉ, le remboursement est accordé aux taux suivants* :

	Taux normal	Taux hors entente préalable en cas d'accident ou de maladie nécessitant des actes médicaux en séries
Médecine hospitalière	100 % des frais réels	90 % des frais réels
Médecine courante hors hospitalisation	100 % des frais réels	90 % des frais réels
Frais dentaires	100 % des frais réels	90 % des frais réels
Frais ophtalmologiques	100 % des frais réels	90 % des frais réels

* dans la limite des frais engagés par l'adhérent

9.2 Déclaration de sinistre

Suite à un accident ou à une maladie inopinée garantis dont le traitement nécessite des actes ou des soins en série et en l'absence de prise en charge (article 9.3), l'adhérent doit transmettre une déclaration circonstanciée de sinistre à MIS

SANTÉ dans un délai de cinq (5) jours.

Le délai de cinq (5) jours commence à courir le jour de l'accident ou le jour de la première consultation médicale donnant lieu à prescription des actes en série.

En cas d'impossibilité pour l'adhérent de déclarer son sinistre en raison d'une extrême urgence ou de son état médical, le délai commence à courir dès que l'adhérent est en capacité de déclarer son sinistre.

L'adhérent peut déclarer son sinistre directement par téléphone, par l'intermédiaire du formulaire en ligne sur le site de MIS SANTÉ qu'il peut télécharger, par courrier ou par courriel.

Un numéro de sinistre est communiqué à l'adhérent dès l'enregistrement de la déclaration par MIS SANTÉ.

La déclaration circonstanciée mentionne les éléments suivants:

- ◆ le numéro de contrat ou le nom, le prénom et la date de naissance de l'adhérent ;
- ◆ un numéro de téléphone et une adresse courriel permettant de joindre l'adhérent ;
- ◆ la nature, les circonstances, la date et le lieu de survenance de l'accident ou de la maladie inopinée ;
- ◆ en cas d'accident le nom et l'adresse de l'auteur responsable et des témoins éventuels en indiquant si un procès-verbal a été établi par les autorités.

9.3 Prise en charge

En cas d'hospitalisation d'une durée supérieure à vingt-quatre (24) heures et si l'adhérent en fait la demande, MIS SANTÉ prend directement en charge les frais d'hospitalisation.

La demande de prise en charge doit être réalisée auprès de MIS SANTÉ :

par téléphone au +33 (0)4 26 31 79 07
(du lundi au vendredi de 9h00 à 18h00 - numéro non surtaxé - coût de l'appel à la charge de l'adhérent) ou
par courrier à l'adresse MIS SANTÉ - Service Santé à l'étranger - CS 30041 - 13417 Marseille Cedex 8.

En cas d'urgence ou d'injoignabilité de MIS SANTÉ (hors horaire d'ouverture), la demande de prise en charge doit être réalisée auprès d'AXA Assistance :

par téléphone au +33 (0)1 49 65 24 13
(numéro non surtaxé - coût de l'appel à la charge de l'adhérent).

La demande de prise en charge vaut déclaration de sinistre et demande d'entente préalable pour les hospitalisations de plus de vingt-quatre (24) heures.

9.4 Remboursement

Dans tous les cas, y compris en cas de prise en charge, l'adhérent s'engage à transmettre un dossier de remboursement complet (article 9.5) à MIS Santé dans les plus brefs délais et au plus tard un (1) mois après son retour en France.

9.5 Pièces justificatives à fournir

Le dossier de demande de remboursement doit contenir :

- ◆ le formulaire de demande de remboursement dûment complété, daté et signé (à télécharger à partir du site internet de la mutuelle ou à solliciter par voie postale),
- ◆ les justificatifs des frais engagés :
- ◇ l'original des factures de soins réalisés à l'étranger ;
- ◇ si l'adhérent a utilisé sa Carte Européenne d'Assurance Maladie (CEAM), un ticket attestant du solde restant à charge desdits frais de santé pour bénéficier d'une prise en charge ou d'un remboursement dans les mêmes conditions qu'un ressortissant du pays de destination ;
- ◇ si une demande de remboursement a été faite auprès du centre payeur de l'adhérent à son retour en France et que le Centre National des Soins à l'Etranger (CNSE) est donc intervenu, le décompte remis par l'assurance maladie ainsi que la copie des factures de soins acquittées ;
- ◆ en cas d'hospitalisation, la copie du compte rendu de ladite hospitalisation.

Article 10 - Fonds d'entraide mutualiste

Dans le cadre de son action sociale et de solidarité, MIS SANTÉ peut accorder des allocations exceptionnelles à ses adhérents ainsi qu'à leurs ayants droit lorsque leur situation le justifie.

Les bénéficiaires sont les adhérents de MIS SANTÉ.

Ces qualités s'apprécient à la date retenue pour l'examen du droit aux prestations.

Les domaines d'intervention du fonds mutualiste sont :

- ◆ aider les adhérents subissant des difficultés exceptionnelles en prenant en charge une partie de leurs cotisations du régime complémentaire d'assurance maladie,
- ◆ permettre le remboursement de prestations non statutaires chaque fois que l'adhérent de MIS SANTÉ se trouve dans une situation exceptionnelle et d'une particulière gravité.

Toute personne souhaitant bénéficier d'une allocation au titre du fonds d'entraide soumet au Conseil d'Administration de MIS Santé une demande motivée et étayée par des pièces justificatives.

C'est au Conseil d'Administration en premier et en dernier ressort qu'il appartient d'étudier les demandes qui lui sont soumises soit pour les accepter, soit pour les rejeter et ce totalement ou partiellement.

La constitution du fonds d'entraide mutualiste est assurée par une dotation votée annuellement par l'Assemblée Générale.

Article 11 - Subrogations légales et conventionnelles

11.1 Subrogation légale fondée sur l'article L.224-9 du Code de la Mutualité

La mutuelle est subrogée, en ce qui concerne les frais de santé et à concurrence des sommes qu'elle a versées, dans les droits et actions de l'adhérent contre tout tiers responsable du sinistre qui est à l'origine de l'engagement des frais de santé, et cela dans les conditions de l'article L 224-9 du Code de la Mutualité.

11.2 Subrogation conventionnelle fondée sur les articles 1346 et suivants du Code Civil

Dans l'hypothèse où l'adhérent bénéficie d'un régime d'Assurance Maladie français durant son séjour à l'étranger, l'adhérent subroge dans tous ses droits et dès à présent la mutuelle auprès de cet organisme d'assurance maladie afin que la mutuelle puisse réclamer audit organisme les sommes que ce dernier a été amené à verser à l'adhérent si celui-ci a sollicité, auprès de cet organisme, le remboursement de tout ou partie des frais de santé engagés par l'adhérent lors de son séjour à l'étranger.

Bien évidemment, l'adhérent s'interdit de solliciter le remboursement de tout ou partie des mêmes frais de santé, qu'il a été amené à engager lors de son séjour à l'étranger et pour lesquels il a souscrit le présent contrat mutualiste, simultanément auprès de cet organisme d'assurance maladie et auprès de la mutuelle.

11.3 Documents à transmettre à la mutuelle dans le cadre de la subrogation légale ou conventionnelle

Sauf si l'adhérent a utilisé sa Carte Européenne d'Assurance Maladie (CEAM) ou si le Centre National des Soins à l'Étranger (CNSE) est déjà intervenu pour que soit pris en charge tout ou partie des frais de santé exposés par l'adhérent lors de son séjour à l'étranger, l'adhérent doit transmettre à MIS SANTÉ dans le mois suivant son retour de l'étranger les documents suivants:

- ◆ le formulaire de demande de remboursement dûment complétée, datée et signée (à télécharger à partir du site internet de la mutuelle ou à solliciter par voie postale) ;
- ◆ la dernière attestation de droit auprès d'un organisme d'assurance ;
- ◆ l'acte de subrogation dûment complété, daté et signé (à télécharger à partir du site internet de la mutuelle ou à solliciter par voie postale) ;
- ◆ le formulaire Cerfa n° 1226-7*03 intitulé « Soins reçus à l'étranger » dûment complété, daté et signé (à télécharger à partir du site internet de la mutuelle ou à solliciter par voie postale) ;
- ◆ la photocopie du passeport de l'adhérent ;
- ◆ l'avis d'imposition de l'adhérent ou du foyer fiscal au sein duquel il est rattaché, avec attestation d'hébergement ;
- ◆ l'original des factures de soins réalisés à l'étranger ;
- ◆ en cas d'hospitalisation, le compte rendu de ladite hospitalisation.

11.4 Défaillance

Dans l'hypothèse où l'adhérent n'a pas transmis à la mutuelle tous les documents requis pour permettre à la subrogation légale ou conventionnelle d'être mise en place et de jouer, ou n'a pas effectué les démarches requises auprès de l'assurance maladie susceptible de le prendre en charge, et après une mise en demeure adressée par lettre

recommandée avec accusé de réception ou par email restée infructueuse pendant plus de quinze (15) jours, la mutuelle peut alors demander à l'adhérent de rembourser tout ou partie des sommes qui lui ont été versées par MIS SANTÉ pour les frais de santé pris en charge ou remboursés et pour lesquels la subrogation légale ou conventionnelle ne peut ni être mise en place, ni jouer du fait de l'adhérent.

Article 12 - Prescription

Le présent contrat mutualiste est soumis aux édictions de l'article L.221-11 du Code de la mutualité qui dispose que toutes les actions dérivant du présent contrat sont prescrites par deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Article 13 - Traitement des réclamations – Autorité de contrôle

13.1 Sur les réclamations

Pour toutes les réclamations concernant les garanties Extra-Pass et Extra-Pass + (commercialisation, contrat, règlement mutualiste, remboursement, ...) trois moyens de contact sont à la disposition de l'adhérent :

- ◆ par téléphone, du lundi au vendredi de 09 heures 00 à 18 heures 00, au 04 26 317 907 (appel non surtaxé) ;
- ◆ par courrier à l'adresse suivante : MIS SANTÉ, Service santé à l'étranger - CS 30041 - 13417 Marseille Cedex 8 ;
- ◆ par email : via notre formule de contact disponible à l'adresse <https://www.extrapass.fr/nous-contacter>.

La mutuelle s'engage à accuser réception de la réclamation sous sept (7) jours puis une réponse est adressée le plus rapidement possible, dès transmission de votre part la totalité des pièces nécessaires à l'instruction et au traitement de la réclamation, et ce sous un délai maximum d'un (1) mois.

13-2 Sur la médiation

La médiation est un mode de règlement des litiges, hors des voies judiciaires et contentieuses, privilégiant la recherche d'une entente entre les parties.

Elle permet par l'intervention d'un tiers indépendant et impartial, le médiateur, de résoudre le différend grâce à un processus amiable et confidentiel.

Le médiateur ne peut être saisi par l'adhérent ou par la mutuelle, sous peine d'irrecevabilité, qu'après épuisement des procédures internes de traitement des réclamations propres à la mutuelle et ce dans un délai maximum d'un (1) an à compter de la réclamation que l'adhérent a adressé à la mutuelle.

Les modalités de saisine du médiateur sont les suivantes.

Toute demande de médiation doit être formulée :

- ◆ par écrit, à l'adresse suivante : Médiateur de la FNIM - 4, Avenue de l'Opéra - 75001 Paris ou
- ◆ par email : mediateur@fnim.fr.

Pour consulter la charte de médiation : www.fnim.fr/mediation-de-la-fnim.html

13-3 Sur l'autorité de contrôle

En application de l'article L.510-1 du Code de la mutualité, le contrôle de l'État sur les mutuelles, unions et fédérations régies par le Code de la Mutualité est exercé dans l'intérêt de leurs membres et de leurs ayants droit, par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR).

Pour joindre cette Autorité Administrative Indépendante (AAI) :

- ◆ adresser un courrier à l'adresse suivante : ACPR - 4, place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris cedex 09 ;
- ◆ téléphoner au 08 11 901 801 (prix d'un appel local à partir de la France métropolitaine de 08 heures 00 à 18 heures 00, du lundi au vendredi).
- ◆ se rendre sur son site internet : www.abe-infoservice.fr.

Article 14 - Données personnelles

Le traitement des informations personnelles recueillies par la mutuelle est effectué sous la responsabilité de cette dernière et exclusivement aux fins de la gestion de la mutuelle conformément à son objet, en conformité avec les dispositions du Règlement n° 2016/679, dit Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) et toute loi ou règlement français applicable.

Les données personnelles détenues dans le cadre de la gestion pour compte sont exclusivement utilisées dans les

conditions où elles l'auraient été si la gestion avait été effectuée directement par le mandant.

La mutuelle a mis en place des mesures de sécurité techniques, physiques et administratives afin d'assurer la confidentialité des données personnelles traitées ou détenues.

Les données personnelles sont conservées pendant la durée de leur adhésion à la mutuelle et pendant la durée des délais de prescription tels que fixés par la loi.

Sauf autorisation du membre de la mutuelle, aucune donnée personnelle traitée ou détenue ne peut faire l'objet d'une cession ou mise à disposition de tiers à des fins commerciales.

Tout membre de la mutuelle ainsi que toute personne, objet d'une gestion pour compte de tiers, peut demander la communication, la mise à jour ou rectification et la portabilité des données personnelles le(la) concernant, détenues dans les fichiers de la mutuelle ainsi que, le cas échéant, de ses mandataires et réassureurs. Il pourra exercer ce droit en s'adressant à la mutuelle :

- ◆ par courrier à l'adresse suivante : MIS Santé – Protection des données personnelles – CS 30041 – 13417 Marseille cedex 08 ;
- ◆ par mail : donneespersonnelles@mis-sante.fr.

Extra-Pass Notice d'information

Du Contrat MIS SANTÉ Etudiants - N° 080308801

Du Contrat MIS Santé Actifs- N° 0803189



PRÉAMBULE

Suite à la souscription d'un contrat d'assurance santé WORLDPASS, EXTRAPASS, WORLDPASS+ ou EXTRAPASS+, auprès de MIS SANTE, nous Vous faisons bénéficier de garanties d'assurance et d'assistance aux personnes, en mettant notamment à Votre disposition une aide immédiate lorsque Vous Vous trouvez en difficulté au cours de votre Séjour à l'Étranger (Séjour d'une durée maximale de douze (12) mois consécutifs).

Pour Vous faire bénéficier de ces garanties, nous avons souscrit un contrat d'assurance pour compte (ci-après défini le « Contrat ») auprès d'INTER PARTNER Assistance – Succursale France située 6, rue André Gide – 92320 Châtillon, inscrite au RCS de Nanterre sous le numéro 316 139 500, société anonyme de droit belge au capital de 3 1702 613 euros, entreprise d'assurance agréée par la Banque Nationale de Belgique (BNB) sous le numéro 0487, immatriculée au Registre des Personnes Morales de Bruxelles sous le numéro 415 591 055 dont le siège social est situé 166 Avenue Louise – 1050 Ixelles – Bruxelles Capitale – Belgique. INTER PARTNER Assistance, société du groupe AXA, intervient dans le cadre de ce Contrat sous la dénomination commerciale « **AXA Partners** ».

Article 1. MODALITE DE DECLARATION DES SINISTRES

1.1 Pour les garanties d'assistance

Pour bénéficier des garanties d'assistance des chapitres 4 et 5 du présent Contrat, l'Assuré doit appeler au numéro de téléphone suivant : **+33 (0)1 49 65 24 13** (numéro non surtaxé ; le coût de l'appel est à la charge de l'Assuré).

Seules les prestations d'assistance avancées par l'Assuré avec l'accord préalable d'AXA Partners pourront lui être remboursées, en envoyant par courrier les justificatifs originaux et le numéro de dossier correspondant à l'adresse :

AXA Partners
Service Gestion des Règlements
6, rue André Gide
92320 CHATILLON

1.2 Pour les garanties d'assurance

Pour obtenir l'indemnisation prévue au titre des garanties d'assurance des chapitres 6, 7, 8 et 9 du présent Contrat, l'Assuré doit déclarer le sinistre à AXA Partners, par l'un des moyens suivants :

- ◆ Par téléphone : +33 (0)1 49 65 25 61
- ◆ Par télécopie : +33 (0)1 55 92 40 41
- ◆ Par courriel : Gestion.Assurances@axa-assistance.com
- ◆ Par courrier recommandé avec avis de réception adresser à l'adresse :

AXA Partners
Service Gestion des Règlements
6, rue André Gide
92320 CHATILLON

Article 2. DÉFINITIONS

Dans la présente notice d'information, les mots ou expressions commençant par une majuscule auront la signification qui suit :

ACCIDENT CORPOREL

Toute atteinte corporelle provenant de l'action soudaine et violente d'une cause extérieure, imprévisible et indépendante

de la volonté de l'Assuré.

ASSUREVOUS

◆ **Assuré au titre du présent Contrat MIS Santé Etudiants – N° 0803088** : Toute personne physique âgée entre 16 et 35 ans, ayant ou ayant eu le statut d'étudiant, de stagiaire ou de lycéen au cours des douze (12) derniers mois, et assurée au titre d'un contrat d'assurance santé WORLDPASS ou EXTRAPASS.

◆ **Assuré au titre du présent Contrat MIS Santé Actifs – N°0803189** : Toute personne assurée au titre d'un contrat d'assurance santé WORLDPASS+ ou EXTRAPASS+.

ATTEINTE CORPORELLE

Accident corporel ou Maladie dont la nature risque de porter atteinte à la vie de l'Assuré ou d'engendrer, à brève échéance, une aggravation majeure de son état de santé si des soins adéquats ne lui sont pas prodigués immédiatement.

AUTORITÉ MEDICALE

Toute personne titulaire d'un diplôme de médecine ou de chirurgie en état de validité dans le pays où se trouve l'Assuré.

DOMICILE

Lieu de résidence principale de l'Assuré, situé en France.

EQUIPE MEDICALE D'AXA PARTNERS

Structure d'assistance médicale que AXA Partners met à disposition des Assurés et adaptée à chaque cas particulier.

ÉTRANGER

Tout pays en dehors du pays de Domicile de l'Assuré. Les Départements et Régions d'Outre-Mer sont assimilés à l'« Étranger » lorsque le Domicile de l'Assuré se situe en France métropolitaine.

FORCE MAJEURE

Événement imprévisible et irrésistible qui est d'origine extérieure au débiteur de l'obligation.

FRAIS DE SÉJOUR

Frais d'hôtels (petit-déjeuner compris) et de taxi, nécessaires à la mise en oeuvre des prestations qu'AXA Partners organise et prend en charge au titre du Contrat.

Toute solution de transport et/ou de logement provisoire qu'AXA Partners n'aurait pas organisée ne peut donner lieu à un quelconque dédommagement.

FRANCE

France métropolitaine y compris la Corse et les Départements et Régions d'Outre-Mer.

FRANCHISE

Part des dommages restant à la charge de l'Assuré en cas d'indemnisation survenant à la suite d'un sinistre. La franchise peut être exprimée en jour, en heure, en pourcentage ou sous la forme d'une somme forfaitaire. Sauf précision contraire la franchise est absolue.

HOSPITALISATION

Séjour imprévu d'une durée supérieure à vingt-quatre (24) heures, dans un établissement de soins public ou privé, prescrit par une Autorité médicale pour un traitement médical ou chirurgical à la suite d'une Atteinte corporelle.

Le séjour est considéré comme imprévu uniquement lorsqu'il n'a pas été programmé plus de cinq (5) jours avant le début de l'hospitalisation.

MALADIE

Toute altération soudaine et imprévisible de la santé de l'Assuré

constatée par une Autorité médicale.

MEMBRE DE LA/S FAMILLE

Conjoint de l'Assuré, de droit ou de fait, ou toute personne qui lui est lié par un Pacs, ses ascendants ou descendants ou ceux de son conjoint, ses beaux-pères ou belles-mères, ses frères ou sœurs, ou ses beaux-frères ou belles-sœurs.

Pour être pris en charge au titre du Contrat, le membre de la famille doit être domicilié en France.

PROCHE

Personne physique désignée par l'Assuré ou l'un de ses ayants droit, domicilié(e) en France.

SÉJOUR

◆ **Séjour au titre du Contrat MIS Santé Etudiants (contrat d'assurance santé **WORLDPASS** ou **EXTRAPASS**) :** Voyages d'études qui se déroule à l'Étranger, y compris les stages d'études et les séjours linguistiques, d'une durée maximale de douze (12) mois consécutifs.

Sont également couverts les déplacements privés effectués par l'Assuré pendant la durée de son voyage d'étude.

◆ **Séjour au titre du Contrat MIS Santé Actifs (contrat d'assurance santé **WORLDPASS+** ou **EXTRAPASS+**) :** Séjour effectué par l'Assuré à l'Étranger pour des besoins étrangers à son activité professionnelle, d'une durée maximale de douze (12) mois consécutifs.

STRUCTURE MEDICALE

Structure publique ou privée où sont effectuées des prestations médicales, adaptée à l'état de santé de l'Assuré, et désignée par l'Equipe médicale d'AXA Partners.

Article 3. TERRITORIALITÉ

Les garanties du Contrat s'exercent **dans le monde entier hors France.**

Article 4. GARANTIES D'ASSISTANCE MEDICALE

Les garanties d'assistance médicales sont acquises à l'Assuré lorsqu'il se trouve en difficulté au cours de son Séjour à l'Étranger.

4.1 Rapatriement médical

L'Equipe médicale d'AXA Partners contacte l'Autorité médicale en charge de l'Assuré à l'Étranger et prend les décisions les plus adaptées à son état de santé, en fonction des informations recueillies et des seules exigences médicales.

Si l'Equipe médicale d'AXA Partners recommande le rapatriement de l'Assuré vers une Structure médicale ou son Domicile, AXA Partners organise et prend en charge le rapatriement.

Si l'Assuré est hospitalisé dans une Structure médicale hors du secteur hospitalier de son Domicile, AXA Partners organise et prend en charge son transfert vers son Domicile.

Le choix du jour et de la destination de rapatriement, du lieu d'Hospitalisation, de la nécessité d'un accompagnement et des moyens utilisés pour le rapatriement, relèvent exclusivement de la décision de l'Equipe médicale d'AXA Partners.

Tout refus de la solution proposée par l'Equipe médicale d'AXA Partners entraîne la déchéance des garanties d'assistance médicales.

4.2 Rapatriement en cas de décès et frais de cercueil

AXA Partners organise et prend en charge le rapatriement du corps de l'Assuré ou de ses cendres du lieu du décès jusqu'au lieu d'inhumation dans son pays de Domicile. AXA Partners prend également en charge les frais de traitement post mortem, de mise en bière et d'aménagements nécessaires au transport. Les frais de cercueil liés au transport sont en pris en charge à

hauteur de 1 500 euros TTC.

Les frais d'obsèques, de cérémonie, de convois locaux, d'inhumation ou d'incinération restent à la charge de la famille du défunt.

4.3 Retour anticipé

Si la présence de l'Assuré est requise à la suite du décès ou de l'hospitalisation de plus de **dix (10) jours** dans son pays de Domicile d'un Membre de sa famille (Hospitalisation sans franchise si le pronostic vital est engagé ou si elle concerne un enfant mineur), AXA Partners organise et prend en charge le trajet aller et retour de l'Assuré jusqu'à son pays de Domicile.

4.4 Visite d'un Membre de la famille ou d'un Proche

Si l'Assuré est hospitalisé plus de quinze (15) jours consécutifs (Hospitalisation sans Franchise si le pronostic vital est engagé), AXA Partners organise et prend en charge le transport aller et retour ainsi que les Frais de Séjour sur place d'un (1) Membre de sa famille ou d'un (1) de ses Proches afin qu'ils se rendent auprès de lui à l'Étranger.

La prise en charge de ces frais s'effectue jusqu'à la date de son rapatriement sans pouvoir excéder **cinq (5) nuits consécutives à concurrence de 80 euros par nuit.**

4.5 Accompagnement du défunt

En cas de décès de l'Assuré lors de son Séjour à l'Étranger, s'il était seul sur place et si la présence d'un (1) Membre de sa famille ou d'un (1) Proche s'avère nécessaire pour effectuer la reconnaissance du corps et/ou les formalités de rapatriement ou d'incinération, AXA Partners organise et prend en charge le transport aller et retour d'un Membre de sa famille ou d'un Proche ainsi que les Frais de Séjour pour une durée de **deux (2) nuits consécutives maximum et à concurrence de 80 euros par nuit.**

4.6 Assistance moyens de paiement

Si à l'Étranger, l'Assuré perd ou se fait voler ses moyens de paiement, après déclaration auprès des autorités locales compétentes, AXA Partners peut fournir à l'Assuré des informations sur les procédures d'opposition des différentes cartes et/ou chèquiers que l'Assuré détenait.

4.7 Assistance papiers d'identité

En cas de perte, de vol ou de destruction involontaire de ses papiers d'identité à l'Étranger, AXA Partners peut fournir à l'Assuré des informations sur :

- ◆ Les autorités et lieux où effectuer les déclarations de perte ou de vol;
- ◆ Les procédures de renouvellement de ses papiers d'identité (autorités compétentes, documents à fournir, adresses, délais d'obtention).

AXA Partners organise et prend en charge l'envoi à l'Étranger à l'Assuré, de ses papiers d'identité renouvelés en France.

Les frais de renouvellement des papiers d'identité restent à la charge de l'Assuré.

4.8 Exclusions spécifiques aux garanties d'assistance médicale

Outre les exclusions communes applicables à toutes les garanties, sont également exclus de toutes les garanties « Assistance médicale » :

- ◆ **Toutes interventions et/ou remboursements relatifs à des bilans médicaux, check-up ou dépistages à titre préventif ;**
- ◆ **Les affections ou lésions bénignes qui peuvent être traitées sur place et qui n'empêchent pas l'Assuré de poursuivre son Séjour ;**
- ◆ **Les convalescences, les affections en cours**

de traitement et non encore consolidées et/ou nécessitant des soins ultérieurs programmés ;

- ◆ **Les maladies ou blessures préexistantes, diagnostiquée et/ou traitées et ayant fait l'objet d'une consultation médicale ou d'une Hospitalisation dans les six (6) mois avant la date de demande d'assistance ;**
- ◆ **Les suites éventuelles (contrôle, complément de traitements, récidives) d'une affection ayant donné lieu à un rapatriement ;**
- ◆ **La chirurgie esthétique ;**
- ◆ **Les tentatives de suicide et leurs conséquences ;**
- ◆ **Les sinistres intervenant lors d'un déplacement entrepris dans un but de diagnostic et/ou de traitement ;**
- ◆ **Les conséquences du défaut, de l'impossibilité ou des suites, d'une vaccination ou d'un traitement nécessité ou imposé pour effectuer le Séjour ;**
- ◆ **Les transports répétitifs nécessités par l'état de santé de l'Assuré.**

Article 5. GARANTIES D'ASSISTANCE JURIDIQUE

Si l'Assuré fait l'objet de poursuites judiciaires à la suite d'une infraction non intentionnelle à la législation locale survenue lors de son Séjour à l'Étranger et intervenue au cours de la vie privée, c'est à dire pour des faits sans relation avec l'exercice d'une activité professionnelle, AXA Partners s'engage à mettre en oeuvre les prestations ci-après :

5.1 Avance de caution pénale

AXA Partners procède à l'avance, sur présentation d'un dépôt de garantie ou signature d'une reconnaissance de dette, de l'éventuelle caution pénale qui serait exigée par les autorités judiciaires locales pour la libération de l'Assuré ou pour lui permettre d'éviter une incarcération, à concurrence de **10 000 euros par Assuré**. Cette avance sera remise directement à l'autorité judiciaire locale ou à tout organisme ou personne désignée par elle.

L'Assuré est tenu :

- ◆ De désigner AXA Partners comme unique destinataire des fonds en cas de remboursement de la caution décidé par l'autorité judiciaire
Ou
En cas de remboursement des fonds directement adressé à l'Assuré, de restituer immédiatement à AXA Partners le montant de ces fonds ;
- ◆ De rembourser AXA Partners des fonds avancés dans les trente (30) jours suivant le jour où la décision judiciaire est devenue exécutoire ;
- ◆ En tout état de cause, de rembourser AXA Partner dans un délai de soixante (60) jours à compter de la date de versement de l'avance de caution pénale.

5.2 Frais d'avocat

AXA Partners prend en charge les frais d'avocat dans la limite de **3 000 euros par évènement**.

Article 6. GARANTIE D'ASSURANCE DE RESPONSABILITÉ CIVILE

6.1 Responsabilité civile vie privée à l'Étranger

a. Objet de la garantie

Cette garantie a pour objet de couvrir les conséquences

pécuniaires de la responsabilité civile qui peut incomber à l'Assuré en cas de dommages corporels, matériels ou immatériels causés à des tiers au cours de sa vie privée, par l'Assuré, les personnes dont il répond ou les choses ou les animaux dont il a la garde, dès lors que le fait à l'origine du dommage est survenu pendant la période de validité du Contrat.

b. Subsidiarité de la garantie

Cette garantie s'applique à l'Étranger dans les pays dans lesquels l'Assuré ne bénéficie pas d'une assurance de Responsabilité Civile souscrite par ailleurs.

6.2 Défense et recours à l'Étranger

a. Objet de la garantie

Cette garantie a pour objet de couvrir :

- ◆ **En défense** : les frais de procédure relatifs à la défense de l'Assuré lorsqu'il est poursuivi par un tiers devant les tribunaux répressifs à la suite d'une infraction commise à l'occasion d'un évènement couvert au titre de la présente garantie « Responsabilité civile vie privée à l'Étranger » ci-dessus.
- ◆ **En recours** : les frais de procédure relatifs au recours de l'Assuré contre un tiers lorsqu'il a subi un dommage à condition que l'évènement soit couvert au titre de la garantie « Responsabilité civile vie privée à l'Étranger » ci-dessus.

b. Définition des frais de procédure

Les « frais de procédure » correspondent aux frais engagés devant les juridictions civiles avec l'accord d'AXA Partners afin d'organiser la défense de l'Assuré ou son recours, tels que : frais d'enquêtes, coûts de procès-verbaux de police, constats d'huissier, honoraires d'experts ou de techniciens, honoraires et frais non taxables d'avocats.

c. Exclusions de la garantie

Outre les exclusions communes à toutes les garanties et des exclusions spécifiques aux garanties « Responsabilité civile à l'Étranger et Défense et recours à l'Étranger », sont également exclues de la garantie « Défense et recours à l'Étranger » : toutes pénalités et/ou amendes prononcées contre l'Assuré.

6.3 Plafonds et modalités

d. Plafond de la garantie

Le montant indemnisé ne peut excéder les plafonds définis ci-dessous :

	Plafonds	Franchises
Responsabilité civile vie privée		
Tous dommages confondus	4 500 000 €	150 € par Assuré
Dont les Dommages matériels et immatériels consécutifs	75 000 €	150 € par Assuré
Défense et recours	20 000 € par litige	380 € par litige

e. Modalité d'application de la garantie dans le temps

Cette garantie déclenchée par le fait dommageable, conformément aux dispositions de l'article L 124-5 du code des assurances, couvre l'Assuré contre les conséquences pécuniaires de la responsabilité civile de l'Assuré, dès lors que le fait dommageable survient entre la prise d'effet initiale de la garantie et sa date de résiliation ou d'expiration quelle que soit

la date des autres éléments constitutifs du sinistre.

f. Transaction et reconnaissance de responsabilité

Aucune reconnaissance de responsabilité, aucune transaction, intervenue sans l'accord d'AXA Partners, n'est opposable à AXA Partner. De même, l'aveu de la matérialité d'un fait ou l'exécution d'un simple devoir d'assistance ne peut être assimilé à une reconnaissance de responsabilité.

g. Déclaration de sinistre

L'Assuré doit déclarer le sinistre à AXA Partners dans les cinq (5) jours ouvrés où il en a eu connaissance, en se conformant à la procédure de déclaration telle que décrite à l'article 1.

La déclaration doit comporter les informations suivantes :

- ◆ Les nom, prénom et adresse de l'auteur du sinistre, des victimes et des éventuels témoins ;
- ◆ Le numéro du Contrat ;
- ◆ Toute les informations ou documents nécessaires à la connaissance des faits, à la nature et à l'étendue des dommages, et permettant de déterminer les responsabilités encourues ;
- ◆ De manière générale, l'Assuré doit transmettre à AXA Partners toute correspondance ou pièce qui intéresserait le sinistre.

Toute déclaration non conforme aux dispositions prévues dans la présente garantie entraîne la déchéance de cette garantie.

h. Procédure spécifique Défense et Recours à l'Étranger

En cas d'action dirigée contre l'Assuré, l'Assuré donne à AXA Partners tout pouvoir pour diriger le procès et exercer toute voie de recours devant les juridictions civiles ou pour associer AXA Partners à sa défense et exercer les voies de recours sur les intérêts civils devant les juridictions pénales.

L'Assuré doit transmettre à AXA Partners dès réception, toute convocation, assignation, acte extrajudiciaire et pièce de procédure qui lui serait adressé ou signifié.

Si l'Assuré manque à ses obligations, AXA Partners indemnise les tiers lésés ou leurs ayants droit, mais se réserve la faculté d'exercer contre l'Assuré une action pour recouvrer les sommes versées.

i. Règlement en cas de désaccord pour la Défense et Recours à l'Étranger

En cas de désaccord entre le fondement des droits de l'Assuré ou sur les mesures à prendre pour régler le litige, les Parties peuvent décider de désigner d'un commun accord ou à défaut, par le tribunal du ressort du Domicile de la victime, un conciliateur. Les frais ainsi exposés sont à la charge d'AXA Partners, sauf si le tribunal en décide autrement.

Si, contrairement à l'avis d'AXA Partners, ou, le cas échéant, à celui du conciliateur, l'Assuré décide d'engager une procédure contentieuse et qu'il obtient une solution plus favorable que celle proposée par AXA Partners ou le conciliateur, AXA Partners prend en charge les frais de procédure à concurrence des plafonds susvisés.

6.4 Exclusions spécifiques aux garanties « Responsabilité civile à l'Étranger » et « Défense recours à l'Étranger »

Outre les exclusions communes applicables à toutes les garanties, sont également exclues des garanties « Responsabilité civile à l'Étranger » et « Défense recours à l'Étranger », les conséquences :

- ◆ **Des dommages causés aux Membres de la famille et aux préposés de l'Assuré, salariés ou non, dans l'exercice de leurs fonctions ;**
- ◆ **Des dommages causés aux animaux ou aux objets qui appartiennent à l'Assuré ou qui lui sont prêtés ou confiés ;**

- ◆ **Des dommages résultant d'un vol, d'une disparition ou d'un détournement ;**
- ◆ **Des dommages résultant d'un abus de confiance, d'injure ou de diffamation ;**
- ◆ **Des dommages causés par :**
 - ◇ **Tout véhicule terrestre à moteur répondant à la définition de l'article L. 211-1 du Code des assurances ;**
 - ◇ **Tout véhicule terrestre construit en vue d'être attelé à un véhicule terrestre à moteur,**
 - ◇ **Tout appareil de navigation aérienne, maritime, fluviale ;**
- ◆ **Des dommages résultant de la pratique de la chasse, de tous sports mécaniques (automobile, motocyclette et plus généralement de tout véhicule terrestre à moteur), ou de tous sports aériens ;**
- ◆ **Des dommages causés aux tiers et résultant de l'organisation, de la préparation ou de la participation à une compétition organisée sous l'égide d'une fédération sportive, soumise à autorisation administrative ou à une obligation d'assurance légale ;**
- ◆ **Des dommages occasionnés au cours de l'activité professionnelle de l'Assuré ou lors de sa participation à une activité organisée par une association loi de 1901, une institution ou une collectivité ;**
- ◆ **Des dommages découlant de la responsabilité civile de l'Assuré en tant qu'auteur des faits commis sous l'effet de stupéfiants en état d'ivresse ou d'intoxication alcoolique, ou résultant de la participation à un pari, défi ou une rixe ;**
- ◆ **Des dommages survenus dans une résidence secondaire, un terrain de sports ou de jeux dont l'Assuré est copropriétaire ou locataire à l'année ;**
- ◆ **Les frais de réparation ou de remplacement des conduites, des robinets et d'appareils intégrés dans les installations d'eau et de chauffage, lorsqu'ils sont à l'origine du sinistre.**

Article 7. GARANTIE D'ASSURANCE INDIVIDUELLE ACCIDENTS

7.1 Définitions spécifiques

Les termes utilisés avec une majuscule au sein de la présente garantie, ont une signification spécifique, définie ci-dessous :

a. Accident

Lésion consécutive à une Atteinte corporelle, provenant de l'action soudaine et violente d'une cause extérieure et indépendante de la volonté de l'Assuré.

Ne sont pas considérés comme des « Accidents » : les hernies discales ou autres hernies, les lumbagos, sciatique et affections dites « tours de reins », les infarctus, les affections coronariennes, les ruptures d'anévrismes, les embolies cérébrales, les hémorragies méningées et les névrites atteignant un nerf de la région traumatisée.

b. Bénéficiaire

A défaut de désignation expresse du bénéficiaire de l'Assuré, le capital décès est versé à son conjoint de droit ou de fait ou à toute personne qui lui est liée par un Pacs, ou à défaut aux enfants nés ou à naître, vivants ou représentés de l'Assuré ou à toute autre personne désignée, à défaut les héritiers ou ayants

droit de l'Assuré ou d'un bénéficiaire prédécédé.

c. Consolidation

Moment à partir duquel les lésions se sont stabilisées et ont pris un caractère permanent tel qu'un traitement n'est plus nécessaire, si ce n'est pour éviter une aggravation et qu'il devient possible d'apprécier un certain degré d'incapacité fonctionnelle permanente réalisant un préjudice définitif.

d. Invalidité permanente

Perte définitive, totale ou partielle, de la capacité fonctionnelle d'une personne qui s'exprime en pourcentage par référence au barème d'évaluation des taux d'invalidité résultant d'un Accident, annexé au Code de la sécurité sociale (Annexe I à l'article R.434-35 dudit code) et est établie par expertise médicale.

7.2 Objet de la garantie

Cette garantie a pour objet le versement d'un capital à l'attention de l'Assuré accidenté ou de ses ayants droit en cas de décès de celui-ci, si cet événement survient pendant le Séjour de l'Assuré et qu'il a entraîné :

- ◇ une Invalidité permanente totale ou partielle de l'Assuré, constatée dans un délai de six (6) mois à compter de l'Accident
- ou
- ◇ le décès de l'Assuré dans les vingt-quatre (24) mois suivant l'Accident.

7.3 Montant de la garantie

e. En cas de décès consécutif à un Accident

- ◆ Dans le cadre d'un contrat d'assurance santé WORLDPASS ou EXTRAPASS, Le montant du capital garanti est fixé à **8 000 euros par Assuré décédé**.
- ◆ Dans le cadre d'un contrat d'assurance santé WORLDPASS+ ou EXTRAPASS+, le montant du capital garanti est fixé à :
- ◇ **8 000 euros par Assuré décédé** s'il est âgé de plus de 16 ans et de moins de 70 ans au moment de l'Accident ;
- ◇ **2 000 euros par Assuré décédé** s'il est âgé de moins de 16 ans et de plus de 70 ans au moment de l'Accident.

f. En cas d'Invalidité permanente

En cas d'Invalidité permanente de l'Assuré, AXA Partners désignera un médecin-expert qui organisera une expertise afin de déterminer, après consolidation de son état et au plus tard dans un délai de trois (3) ans à compter de la date de l'Accident, le taux d'invalidité de l'Assuré, par référence au barème de la sécurité sociale défini à l'Annexe 1 de l'article R434-35 du Code de la sécurité sociale.

Le montant du capital alloué dépend du taux d'invalidité permanente constaté pendant les six (6) mois suivant l'Accident. Le taux d'invalidité minimum pris en considération pour prétendre au bénéfice de la présente garantie est fixé à **dix pour cent (10 %)**.

Le montant de l'indemnisation est égal au produit des termes suivants :

- ◆ Taux d'Invalidité permanente déterminé par le barème ci-dessous, ce taux étant estimé en fonction de la capacité existant à la date d'admission à l'assurance ;
- ◆ Le montant du capital assuré, c'est-à-dire :
- ◇ Dans le cadre d'un contrat d'assurance santé WORLDPASS ou EXTRAPASS : **40 000 euros par Assuré**
- ◇ Dans le cadre d'un contrat d'assurance santé WORLDPASS+ ou EXTRAPASS+ :
 - **40 000 euros par Assuré** s'il est âgé de plus de 16

- ans et de moins de 70 ans au moment de l'Accident ;
- **10 000 euros par Assuré** s'il est âgé de moins de 16 ans et de plus de 70 ans au moment de l'Accident.

Pour les infirmités multiples provenant soit d'un même Accident, soit d'Accidents successifs, chaque infirmité partielle est appréciée isolément sans que, toutefois, l'addition des taux d'infirmité partielle concernant le même membre ou le même organe puisse excéder le taux résultant de sa perte totale. En tout état de cause, la somme globale des infirmités partielles est limitée à **100%**, le capital global ou le dernier capital partiel étant calculés en conséquence.

g. Non cumul

Le capital décès et l'indemnité Invalidité permanente constituent une seule et même garantie. En conséquence, en cas de décès consécutif à l'Accident après reconnaissance d'une Invalidité permanente consécutive au même Accident, les indemnités versées ou dues par AXA Partners au titre de l'Invalidité permanente viennent en déduction de celles dues en cas de décès.

h. Engagement maximum : plafond de garantie par événement

Dans le cas où la garantie s'exercerait en faveur de plusieurs Assurés victimes d'un même événement, l'engagement maximum d'AXA Partners ne pourra excéder **2 500 000 euros** pour l'ensemble des indemnités dues au titre des capitaux décès et invalidité permanente. Les indemnités dues seront alors réduites et réglées proportionnellement au nombre d'Assurés victimes.

7.4 Modalité d'application et justificatifs requis

L'Assuré, ou l'un de ses ayants droit, doit déclarer le sinistre dans les trente (30) jours suivant la date de l'Accident ou celle à laquelle il en a eu connaissance, en se conformant à la procédure de déclaration telle que décrite à l'article 1.

La déclaration doit comporter les éléments suivants :

- ◆ Les nom, prénom et adresse des éventuels auteurs et des témoins du sinistre ;
- ◆ Le numéro du Contrat ;
- ◆ Toute information ou document nécessaire à la connaissance des faits, à la nature, aux circonstances, à la date et au lieu de l'Accident ;
- ◆ Une copie d'une pièce d'identité permettant d'attester de la qualité d'Assuré ;
- ◆ En cas de décès, tout document permettant d'attester de la qualité de Bénéficiaire du capital décès accidentel (copie de pièce d'identité, mariage ou Pacs, livret de famille, etc).
- ◆ En cas d'invalidité : la notification définitive de l'attribution de pension d'invalidité ou de rente d'invalidité, délivrée par la Sécurité sociale au moment de l'ouverture des droits ;
- ◆ En cas de décès : l'acte de décès ;
- ◆ Sous pli confidentiel à l'attention du Directeur Médical d'AXA Partners :
- ◇ Le bulletin d'Hospitalisation et le certificat médical comportant la date du premier acte médical, la description détaillée de la nature des blessures et des soins, ainsi que les conséquences qui peuvent en découler ;

◇ Le certificat de consolidation ;

- ◆ De manière générale, l'Assuré doit transmettre toutes correspondances ou pièces de procédure qui intéresseraient le sinistre.

Outre ces pièces, AXA Partners se réserve le droit de demander toute pièce complémentaire jugée nécessaire au dossier sinistre.

Toute déclaration non conforme aux dispositions

prévues dans la présente garantie entraîne la déchéance de la présente garantie.

7.5 Versement du capital décès accidentel

Le capital décès est versé par AXA Partners dans les soixante (60) jours suivants la réception de toutes les pièces justificatives nécessaires au dossier sinistre. Le paiement s'effectuera en euros.

7.6 Capital invalidité permanente

A tout moment, AXA Partners se réserve le droit de nommer un médecin expert de son choix, lequel aura pour mission de constater que l'état de santé de l'Assuré rentre dans le cadre de la présente garantie.

Le refus de l'Assuré entraîne la déchéance de la présente garantie.

Le médecin d'AXA Assistance pourra demander à l'Assuré tout document qu'il jugera nécessaire à l'analyse de l'état de santé de l'Assuré. L'indemnisation invalidité permanente est versée par AXA Partners à l'Assuré dans les soixante (60) jours suivant la réception de toutes les pièces justificatives nécessaires au dossier sinistre. Le paiement s'effectuera en euros.

A la demande de l'Assuré, si AXA Partners et l'Assuré ne sont pas parvenus à un accord sur le taux d'invalidité définitif ou si la consolidation n'est pas survenue à l'expiration d'un délai d'un (1) an à compter de la date de déclaration du sinistre, des acomptes peuvent être versés à l'Assuré.

7.7 Subrogation

Après le paiement du capital versé par AXA Partners au titre de cette garantie en cas de décès de l'Assuré, aucun recours n'est possible contre le responsable du sinistre, conformément à l'article L 131-2 du code des assurances.

Après le paiement des sommes versées par AXA Partners au titre de cette garantie en cas d'invalidité permanente, AXA Partners bénéficie d'un recours subrogatoire de plein droit à l'encontre du responsable du sinistre dès lors que les sommes allouées ont un caractère indemnitaire, conformément à l'article L 121-12 du Code des Assurances.

7.8 Exclusions spécifiques à la garantie Individuelle Accidents

Outre les exclusions communes à toutes les garanties, sont également exclus de la garantie « Individuelle Accidents » :

- ◆ **L'état d'invalidité, les maladies ou blessures préexistantes, diagnostiquée et/ou traitées avant l'Accident de l'Assuré ;**
- ◆ **Les Accidents survenus pendant la vie professionnelle pour des pilotes d'aéronefs ou personnels navigant, travailleurs sur plateformes pétrolières ou gazières, ou des humanitaires.**

De plus, sont exclus les conséquences :

- ◆ **Du suicide ou de la tentative de suicide ;**
- ◆ **D'un Accident subi à l'occasion d'un Séjour dans une des régions ou des pays déconseillés par le ministère des affaires étrangères ;**
- ◆ **Du traitement esthétique et/ou opération de chirurgie esthétique non-consécutif à un Accident garanti ;**

De la pratique des activités suivantes :

- ◇ **Acrobaties aériennes, parachutisme, ULM, deltaplane, parapente, montgolfières ou engins similaires ;**
- ◇ **Essais, entraînements ou participation à des épreuves ou compétitions comportant l'utilisation des véhicules ou embarcations à moteur ;**

- ◇ **Sports en compétition ;**
- ◇ **Sports professionnels ;**
- ◇ **Tentatives de records, paris de toute nature ;**
- ◇ **Séjours de loisirs sportifs, les raids et expéditions ou toute activité sportive constituant le motif principal du Séjour ;**
- ◆ **De cure de toute nature ;**
- ◆ **De la négligence, du défaut de soins ou de l'usage de soins empiriques sans contrôles médical (sauf en cas de Force majeure) ;**
- ◆ **D'affections neurologiques, psychiatriques ou psychologiques.**

Article 8. GARANTIE D'ASSURANCE BAGAGES

8.1 Définitions spécifiques

Les termes utilisés avec une majuscule au sein de la présente garantie, ont une signification spécifique, définie ci-dessous :

a. Bagages

Les sacs de voyage, les valises, les malles et leur contenu, **à l'exclusion des effets vestimentaires que l'Assuré porte sur lui.**

Les Objets de valeur, les Objets précieux et les Objets acquis au cours du Séjour, tels que définis ci-dessous, sont assimilés aux « Bagages ».

b. Objets de valeur

Les caméras et tous appareils photographiques, radiophoniques, d'enregistrement ou de reproduction du son ou de l'image ainsi que leurs accessoires, le matériel informatique et de téléphonie mobile, les fusils et les clubs de golf.

c. Objets précieux

Les bijoux, montres, fourrures, orfèvrerie en métal précieux, les pierres précieuses ou semi précieuses, et les perles pour autant qu'elles soient montées en bijoux.

Objets acquis au cours du Séjour (d)

Les souvenirs, objets et effets personnels.

8.2 Objet de la garantie

L'Assuré est dédommagé pour le préjudice matériel qui résulte :

- ◆ La perte ou la destruction (totale ou partielle) des Bagages de l'Assuré survenant pendant le Séjour, pour autant qu'ils soient enregistrés ou dûment confiés auprès du transporteur ou confiés au voyageur lors des transports et transferts organisés.
- ◆ Les vols des Bagages commis avec effraction dans tout véhicule fermé à clé et clos et en tout état de cause commis entre sept heures (7h) du matin et vingt-et-une heures (21h) le soir (heure locale). **La garantie est acquise pour autant que les Bagages, soient sous la surveillance directe de l'Assuré, dans sa chambre ou remisés dans une consigne individuelle.**

Les Objets précieux sont uniquement garantis contre le vol et seulement quand ils sont portés par l'Assuré ou lorsqu'ils sont en dépôt dans le coffre de sa chambre ou dans le coffre de son hôtel.

8.3 Montant de la garantie

La prise en charge maximale est limitée aux montants ci-dessous :

Garantie	Plafonds	Franchise
Perte, vol et destruction de Bagages	Plafond : 2.000 € par Assuré Max. 10.000 € par événement en cas de pluralité d'Assurés	
Objets de valeur et Objets précieux	50 % de la somme assurée.	40 € par Assuré
Objets acquis au cours du Séjour	20 % de la somme assurée	

8.4 Procédure de déclaration

L'Assuré doit aviser AXA Partners dans les cinq (5) jours ouvrables suivant la date de fin de son Séjour en se conformant à la procédure de déclaration telle que décrite à l'article 1 et justifier de la valeur et de l'existence des Bagages et des objets assimilés dérobés, perdus ou détériorés.

Passé ce délai, si AXA Partners subit un quelconque préjudice du fait de la déclaration tardive de l'Assuré, ce dernier perd tout droit à indemnité.

Toute déclaration non conforme aux dispositions prévues dans la présente garantie entraîne la déchéance à tout droit de remboursement.

La déclaration doit comporter les informations suivantes :

- ◆ les nom, prénom et adresse de l'Assuré
- ◆ numéro d'adhésion
- ◆ numéro de la convention
- ◆ la date, les causes et les circonstances du sinistre
- ◆ les pièces originales justificatives.
- ◆ L'Assuré doit également fournir :
- ◆ En cas de vol, le récépissé de dépôt de plainte établi dans les 48 heures suivant la connaissance du vol par les autorités locales compétentes ;
- ◆ En cas de destruction totale ou partielle, le constat établi par toute autorité compétente ou par le responsable des Dommages, à défaut par un témoin ;
- ◆ Dans les cas où la responsabilité du transporteur ou de l'organisateur de Séjour peut être mise en cause, le constat de ses réserves envers le transporteur ou voyageur établi avec ces derniers ou leur représentant.

AXA Partners se réserve la faculté, le cas échéant, de réclamer des pièces complémentaires.

8.5 Récupération des Bagages volés ou perdus

En cas de récupération de tout ou partie d'objets volés ou perdus, contenus dans les Bagages, à quelque époque que ce soit, l'Assuré doit en aviser immédiatement AXA Partners.

Si la récupération a lieu :

- ◆ Avant le paiement de l'indemnité, l'Assuré doit reprendre possession desdits objets. AXA Partners n'est tenu qu'au paiement d'une indemnité correspondant aux détériorations éventuellement subies et aux frais que l'Assuré a pu exposer, avec l'accord d'AXA Partners pour la récupération de ces objets.
- ◆ Après le paiement de l'indemnité, l'Assuré aura, à dater de la récupération, un délai de trente (30) jours pour opter soit pour la reprise, soit pour le délaissement de tout ou partie des objets retrouvés. En cas de non-respect de ce délai, les biens deviendront la propriété d'AXA Partners.

En cas de reprise, le règlement sera révisé en faisant état des biens repris pour leur valeur au jour de la récupération et l'Assuré aura pour obligation de restituer, s'il y a lieu, l'excédent d'indemnité qu'il aura perçu.

Dès que l'Assuré apprend qu'une personne détient le bien volé ou perdu, il doit en aviser AXA Partners dans les huit (8) jours.

8.6 Indemnisation

L'indemnisation est exclusivement adressée soit à l'attention de l'Assuré soit à celle de ses ayants droit.

L'indemnité est calculée :

- ◆ Sur la base de la valeur de remplacement, vétusté déduite, si le bien est l'objet d'un sinistre total,
- ◆ Sur la base du coût de la réparation, dans la limite de la valeur de remplacement, vétusté déduite, si le bien n'a subi qu'un sinistre partiel.

8.7 Exclusions spécifiques à la garantie Assurance Bagages

Outre les exclusions communes à toutes les garanties, sont également exclus de la garantie « Assurance Bagages » :

- ◆ **Les vols et destructions de Bagages survenant au Domicile de l'Assuré ;**
- ◆ **Les espèces, billets de banque, titres et valeurs de toute nature, titres de transport, documents, papiers d'affaires, cartes magnétiques, cartes de crédit, passeports et autres pièces d'identité ;**
- ◆ **Le matériel à caractère professionnel ;**
- ◆ **Les parfums, denrées périssables, cigarettes, cigares, vins, alcools et spiritueux et d'une manière générale les produits alimentaires ;**
- ◆ **Les médicaments ;**
- ◆ **Les prothèses de toute nature, appareillage, lunettes et verres de contact, matériel médical, sauf s'ils sont détériorés dans le cadre d'une Atteinte corporelle ;**
- ◆ **Les vols commis sans effraction dans tout local à usage d'habitation ne respectant pas les trois conditions suivantes : clos, couvert et fermé à clé ;**
- ◆ **Les vols de toute nature ou destructions en camping, dans des hangars, bateaux de plaisance à usage privé, caravanes et remorques ;**
- ◆ **Les autoradios ;**
- ◆ **Les tableaux, objets d'art et de fabrication artisanale, les antiquités et les instruments de musique ;**
- ◆ **Les CD, jeux vidéo et leurs accessoires ;**
- ◆ **Les biens confiés à des tiers ou qui sont sous la responsabilité de tiers tels que dépositaires ; toutefois, ne sont pas considérés comme biens confiés à des tiers les Bagages remis à un transporteur ou confiés à un voyageur ou hôtelier ;**
- ◆ **Les vols ou destructions de Bagages laissés sans surveillance dans un lieu public ou dans un local mis à la disposition de plusieurs occupants ;**
- ◆ **Les destructions dues à un vice propre, à l'usure normale ou naturelle ou celles causées par les rongeurs, les insectes et la vermine ;**
- ◆ **La destruction due à l'influence de la température ou de la lumière ou résultant du coulage de liquides, matières grasses, colorantes, corrosives, inflammables ou explosives faisant partie du contenu des Bagages ;**
- ◆ **La détérioration résultant d'éraflures, de rayures,**

de déchirures ou de tâches ;

- ◆ **La détérioration des objets fragiles, tels que verreries, glaces, porcelaines, terres cuites, statues, céramiques, faïences, cristaux, albâtres, cires, grès, marbres et tous objets similaires, à moins qu'elle ne résulte d'un vol ou d'une tentative de vol ;**
- ◆ **Tout préjudice commis par le personnel de l'Assuré dans l'exercice de ses fonctions ;**
- ◆ **La saisie, l'embargo, la confiscation, la capture, la destruction ou le séquestre, ordonnés par toute autorité publique.**

Article 9. OPTION : GARANTIE ANNULATION

La présente garantie est proposée uniquement en option lors de la souscription au contrat d'assurance santé WORLDPASS, EXTRAPASS, WORLD-PASS+ ou EXTRA-PASS+.

La souscription à cette option est mentionnée sur le contrat d'assurance santé WORLDPASS, EXTRAPASS, WORLDPASS+ ou EXTRAPASS+.

9.1 Objet de la garantie

Cette garantie a pour objet le remboursement des frais d'annulation ou de modification du Séjour à la suite d'une annulation ou d'une modification du Séjour de l'Assuré rendu nécessaire suite à la réalisation d'un événement fortuit garanti listés au 9.2 « Événements fortuits garantis » ci-dessous.

Les frais d'annulation couvre le prix du Séjour maintenu à la charge de l'Assuré, par application du barème figurant aux conditions d'annulation ou de modification fixées par l'organisateur du Séjour, à la date de survenance de l'événement fortuit garanti en cas d'annulation ou de modification du Séjour et pour lesquels l'Assuré ne peut prétendre au remboursement.

Ne sont pas compris dans les frais d'annulation les taxes portuaires et aéroportuaires, les primes d'assurance, les frais de visa et les frais de dossier éventuellement retenus par le voyageur.

9.2 Événements fortuits garantis

Pour bénéficier de cette indemnisation, l'annulation ou la modification du Séjour signifiée à l'organisateur du Séjour avant le début du Séjour, doit avoir pour motivation la survenance postérieure à la souscription de la garantie d'un des événements suivants :

- a. un Accident corporel ou une Maladie (y compris une rechute, une aggravation d'une maladie chronique ou préexistante, ainsi que les suites, les séquelles d'un Accident survenu antérieurement à la souscription de la présente garantie) ou le décès :
 - ◆ de l'Assuré, de son conjoint de droit ou de fait ou de toute personne qui lui est liée par un Pacs ;
 - ◆ d'un de ses ascendants ou descendants, frères ou soeurs, beaux-frères ou belles-soeurs, gendres ou brus, beaux-pères ou belles-mères ;
 - ◆ de son tuteur légal ainsi que toute personne vivant habituellement à son domicile.
- b. une contre-indication ou des suites de vaccinations obligatoires pour le Séjour médicalement attestée et **à condition qu'elle ait été ignorée au moment de la souscription de la présente garantie ;**
- c. une contre-indication médicalement attestée à la pratique de l'activité sportive objet du Séjour, **à condition qu'elle**

ait été ignorée au moment de la souscription de la présente garantie ;

- d. la destruction à plus de cinquante pour cent (50 %) du domicile de l'Assuré, de ses locaux professionnels ou de son exploitation agricole dont il est propriétaire, locataire ou occupant à titre gratuit, nécessitant impérativement le jour de son départ, sa présence sur les lieux pour effectuer les actes conservatoires nécessaires ;
- e. une grossesse conduisant à une contre-indication médicale du Séjour ;
- f. l'hospitalisation de l'Assuré de plus de trois (3) jours consécutifs, pour un état dépressif, une maladie psychique, nerveuse ou mentale ;
- g. l'obtention d'un emploi salarié ou d'un stage rémunéré obtenu via Pôle Emploi devant débiter avant le retour de Séjour de l'Assuré, sous réserve qu'il était inscrit à Pôle Emploi le jour de la souscription de la présente garantie, **à l'exclusion de la prolongation ou du renouvellement du contrat de travail ou du stage de l'Assuré.**
La présente garantie ne s'applique pas aux missions (obtention, prolongation, renouvellement) fournies par une entreprise de travail temporaire.
- h. la convocation de l'Assuré devant un tribunal en tant que témoin ou juré d'assises pour une date se situant pendant son Séjour, **sous réserve que la convocation n'ait pas été connue lors de la souscription de la présente garantie ;**
- i. en cas de convocation à un examen de rattrapage à une date incluse dans la période de Séjour, **à condition que l'échec dudit examen n'ait pas été connu par l'Assuré avant la souscription de la présente garantie ;**
- j. en cas de dommages graves survenant au véhicule de l'Assuré dans les quarante-huit (48) heures précédant son départ et rendant le véhicule non réparable dans les délais nécessaires pour qu'il se rende au lieu de rendez-vous fixé par l'organisateur de Séjour ou sur son lieu de séjour à la date initialement prévue et dans la mesure où le véhicule de l'Assuré est indispensable pour s'y rendre ;
- k. si l'Assuré annule, en raison d'un événement extérieur, soudain, imprévisible, justifié, indépendant de sa volonté, l'empêchant de voyager et survenu entre la date de souscription de la présente garantie et la date de son départ ;
- l. en cas de suspension d'annulation du stage d'étude de l'Assuré, de son cursus d'étude à l'Étranger attestée par son établissement, à cause d'un événement extérieur, indépendant de sa volonté et **à condition que l'annulation n'ait pas été connue avant la date de souscription de la présente garantie ;**
- m. en cas de convocation de l'Assuré en vue de l'adoption d'un enfant pour une date se situant pendant son Séjour, **sous réserve que la date n'ait pas été connue lors de la souscription de la présente garantie ;**
- n. le refus du visa touristique ou visa d'étude de l'Assuré, attesté par les autorités du pays choisi pour le Séjour **sous réserve que la demande ait été déposée dans les délais préconisés pour la destination objet du Séjour, et qu'aucune demande n'ait été déposée au préalable et refusée par ces autorités pour un précédent séjour ;**

- o. un vol au domicile de l'Assuré, dans ses locaux professionnels ou dans son exploitation agricole dont il est propriétaire, locataire ou occupant à titre gratuit, survenu dans les soixante-douze (72) heures précédant son départ et nécessitant impérativement sa présence sur les lieux pour effectuer les actes conservatoires nécessaires ;
- p. le vol des papiers d'identité ou du titre de transport de l'Assuré, indispensables à son Séjour, dans les quarante-huit (48) heures précédant son départ et l'empêchant de satisfaire aux formalités de police aux frontières. **La Franchise est alors de vingt pour cent (20 %) du montant de l'indemnisation, avec un minimum de 30 euros par dossier.**

9.3 Plafond de la garantie

Le montant indemnisé est fixé en fonction de l'option choisie par l'Assuré lors de la souscription à la présente garantie, tel qu'indiqué dans le contrat d'assurance santé WORLDPASS, EXTRAPASS, WORLDPASS+ ou EXTRAPASS+ :

- ◆ Option 1 : **500 € par Assuré**
- ◆ Option 2 : **1 500 € par Assuré**
- ◆ Option 3 : **3 000 € par Assuré.**

Une Franchise de **30 euros par Assuré** est applicable, sauf :

- (1) stipulation contractuelle contraire, ou
- (2) dans le cas de l'annulation d'une location, où il n'est retenu qu'une seule Franchise par événement fortuit garanti.

9.4 Exclusions spécifiques à la garantie d'assurance annulation

Outre les exclusions communes à toutes les garanties, sont exclues de la garantie « Assurance annulation » les annulations consécutives à l'un des événements ou circonstances suivants :

- ◇ **les atteintes corporelles ayant fait l'objet d'une première constatation, d'un traitement, d'une rechute ou d'une hospitalisation entre la date de réservation du Séjour et la date de souscription à la présente garantie ;**
- ◇ **les pathologies ayant fait l'objet d'une hospitalisation dans les trente (30) jours précédant la réservation du Séjour.**

9.5 Date d'effet et durée de la garantie

Lorsque l'Assuré a souscrit à la présente garantie, par dérogation à l'article 11 « PRISE D'EFFET – DURÉE – RÉSILIATION », la présente garantie prend effet à la date mentionnée sur le contrat d'assurance santé WORLDPASS, EXTRAPASS, WORLDPASS+ ou EXTRAPASS+ et cesse automatiquement à la date de départ de l'Assurée, indiquée sur le bulletin d'inscription au Séjour.

9.6 Montant de la garantie

Le montant de la garantie est indiqué sur le contrat d'assurance santé WORLDPASS, EXTRAPASS, WORLDPASS+ ou EXTRAPASS+.

9.7 Droit de renonciation

a. Vente à distance (article L 112-2-1-II-3° du Code des assurances)

En cas de vente à distance, l'Assuré peut renoncer à la présente garantie dans un délai de quatorze (14) jours calendaires révolus à compter de la date de réception du présent document, lesquelles sont présumées reçues par le Souscripteur/l'Assuré deux (2) jours ouvrés après la date de conclusion de la souscription. Si le Souscripteur/l'Assuré n'a pas reçu les documents dans un délai de deux (2) jours ouvrés à

compter de la date de conclusion, il doit se rapprocher d'AXA Partners.

b. Multi-assurances (article L. 112-10 du Code des assurances)

Conformément à l'article L.112-10 du Code des assurances, l'Assuré est invité à vérifier qu'il n'est pas déjà bénéficiaire d'une garantie annulation couvrant la présente garantie. Si tel est le cas, il bénéficiera d'un droit de renonciation à la présente garantie pendant un délai de quatorze (14) jours calendaires à compter de sa conclusion, sans frais ni pénalités, si toutes les conditions suivantes sont remplies :

- ◆ l'Assuré a souscrit la présente garantie à des fins non professionnelles ;
- ◆ la présente garantie vient en complément de l'achat d'un bien ou d'un service vendu par un fournisseur ;
- ◆ l'Assuré justifie être déjà couvert par la présente garantie ;
- ◆ la présente garantie auquel l'Assuré souhaite renoncer n'est pas intégralement exécutée ;
- ◆ l'Assuré n'a déclaré aucun sinistre couvert par la présente garantie.

Dans cette situation, l'Assuré peut exercer son droit à renoncer à la présente garantie par lettre ou tout autre support durable adressé à AXA Partners, accompagné d'un document justifiant qu'il bénéficie déjà d'une garantie annulation.

AXA Partners est tenu de rembourser à l'Assuré la prime payée, dans un délai de trente (30) jours à compter de sa renonciation. Si l'Assuré souhaite renoncer à la présente garantie mais qu'il ne remplit pas l'ensemble des conditions ci-dessus, il doit vérifier les conditions de renonciation prévues dans son contrat.

Article 10. EXCLUSIONS COMMUNES A TOUTES LES GARANTIES

Outre les exclusions légales et réglementaires, sont exclus au titre de toutes les garanties du Contrat, les sinistres relatifs à :

- ◇ **l'usage abusif d'alcool (taux d'alcoolémie constaté supérieur au taux fixé par la réglementation en vigueur), de l'usage ou de l'absorption de médicaments, drogues ou stupéfiants non prescrits médicalement ;**
- ◇ **un acte intentionnel ou d'une faute dolosive de la part de l'Assuré ;**
- ◇ **des frais de recherche et de secours résultant de l'inobservation des règles de prudence édictées par les exploitants du site ou des dispositions réglementaires régissant l'activité que l'Assuré pratique ;**
- ◇ **des dommages causés ou subis par l'Assuré lorsque qu'il pratique le bobsleigh, l'alpinisme ou l'escalade ;**
- ◇ **de la participation de l'Assuré en tant que concurrent à toute épreuve sportive de compétition ou à des épreuves d'endurance ou de vitesse et à leurs essais préparatoires, à bord de tout engin de locomotion terrestre ou aérienne (à moteur ou non) ainsi que la pratique des sports de neige ou de glace à un titre non-amateur ;**
- ◇ **du non-respect des règles de sécurité reconnues et définies par la pratique ou les fédérations sportives, lors de la pratique de toute activité sportive;**
- ◇ **de la pratique de tout sport à titre professionnel ;**
- ◇ **d'explosion d'engins et d'effets nucléaires radioactifs ;**

- ◆ d'interdictions officielles, de saisies ou de contraintes par la force publique ;
- ◆ la guerre civile ou étrangère déclarée ou non ;
- ◆ la mobilisation générale ;

toute réquisition des hommes ou de matériels par les autorités ;

- ◆ tout acte de sabotage ou de terrorisme ;
- ◆ tout conflit social tel que grève, émeute, mouvement populaire ;
- ◆ toute restriction à la libre circulation des biens et des personnes ;
- ◆ tous cataclysmes naturels ;
- ◆ toutes épidémies, tout risque infectieux ou chimique ;
- ◆ toute intervention initiée ou organisée à un niveau étatique ou inter-étatique par une autorité ou organisme gouvernemental ou non gouvernementale ;
- ◆ tous les cas de Force majeure.
- ◆ Sont également exclus de toutes les garanties les sinistres survenus en Iran, en Corée du Nord, en Syrie, à Cuba ou en République de Crimée.

Article 11. PRISE D'EFFET – DURÉE – RÉILIATION

Les garanties d'assistance et d'assurance du Contrat sont acquises aux Assurés pendant toute la durée du contrat d'assurance santé WORLDPASS, EXTRAPASS, WORLD-PASS+ ou EXTRA-PASS+, souscrit auprès de MIS SANTE.

En cas de maladie pour les Assurés ayant souscrits un contrat d'assurance santé WORLDPASS ou EXTRAPASS, les garanties d'assistance leur sont acquises après expiration d'un délai de carence de sept (7) jours à compter de la date de souscription de ce contrat. Durant ce délai, les garanties d'assistance du Contrat ne sont pas applicables.

Toutes les garanties du Contrat cessent de plein droit, à la date à laquelle le contrat d'assurance santé WORLDPASS, EXTRAPASS, WORLD-PASS+ ou EXTRA-PASS+ prend fin, pour quelques raisons que ce soit.

Article 12. PRESCRIPTION

Conformément à l'article L 114-1 du Code des assurances, toutes actions dérivant du présent contrat sont prescrites par deux (2) ans à compter de l'événement qui leur donne naissance.

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 prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est portée à dix (10) ans dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les Bénéficiaires sont les ayants-droit de l'assuré décédé.

Conformément à l'article L114-2 du Code des assurances, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription visée ci-après :

- ◆ toute demande en justice, même en référé, ou même portée devant une juridiction incompétente ;

- ◆ tout acte d'exécution forcée, ou toute mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ;
- ◆ toute reconnaissance par l'assureur du droit à garantie de l'assuré, ou toute reconnaissance de dette de l'assuré envers l'assureur ;
- ◆ tout recours à la médiation ou à la conciliation
- ◆ lorsque la partie est dans l'impossibilité d'agir par suite d'un empêchement résultant de la loi, de la convention ou de la force majeure

La prescription est également interrompue par :

- ◆ la désignation d'experts à la suite d'un sinistre ;
- ◆ l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la souscription ou par l'Assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Conformément à l'article L114-3 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 des causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

Article 13. RÉCLAMATIONS ET MÉDIATION

En cas de réclamation concernant l'adhésion ou la gestion du Contrat ou la mise en oeuvre de ses garanties, l'Assuré peut s'adresser par courrier à l'adresse :

AXA Partners
Service Gestion des Réclamations
6, rue André Gide
92320 CHATILLON

Conformément à la recommandation ACPR n°2016-R-02 du 14 novembre 2016, AXA Partners accusera réception du courrier dans les dix (10) jours ouvrables à compter de sa réception et fournira une réponse au plus tard dans les deux (2) mois à compter de la réception de la réclamation, sauf circonstance particulière dont l'Assuré sera informé.

Suite à la réponse apportée par AXA Partners, si un désaccord subsiste, l'Assuré a la faculté de faire appel au Médiateur de l'Assurance, en s'adressant :

Par courrier à l'adresse :

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

Par internet via le site : www.MÉDIATION-assurance.org.

L'avis du Médiateur de l'Assurance ne s'impose pas aux parties. Lors de cette procédure, l'Assuré peut à tout moment saisir le tribunal français compétent.

Article 14. PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

En qualité de responsable de traitement, les informations concernant les Assurés sont collectées, utilisées et conservées par les soins d'AXA Partners pour la souscription, la passation, la gestion et l'exécution du Contrat, conformément aux dispositions de la réglementation applicable en matière de protection des données personnelles et conformément à sa politique de protection des données personnelles telle que publiée sur son site internet.

Ainsi, dans le cadre de ses activités, AXA Partners pourra :

- a. Utiliser les informations de l'Assuré ou de celles des personnes bénéficiant des garanties, afin de fournir les services décrits dans la présente Notice d'informations. En utilisant les services d'AXA Partners, l'Assuré consent à ce qu'AXA Partners utilise ses données à cette fins ;
- b. Transmettre les données personnelles de l'Assuré et les données relatives à son Contrat, aux entités du Groupe AXA, aux prestataires de services d'AXA Partners, au personnel d'AXA Partners, et à toutes personnes susceptibles d'intervenir dans les limites de leurs attributions respectives,

AXA Partners
6, rue André Gide
92320 CHATILLON

Email : dpo.axapartnersfrance@axa-assistance.com

L'intégralité de notre politique de confidentialité est disponible sur le site : axa-assistance.fr ou sous format papier, sur demande.

WArticle 15. AUTORITÉ DE CONTRÔLE

Inter Partner Assistance est soumise en qualité d'entreprise d'assurance de droit belge au contrôle prudentiel de la Banque Nationale de Belgique située Boulevard de Berlaimont 14 – 1000 Bruxelles – Belgique - TVA BE 0203.201.340 – RPM Bruxelles – (www.bnb.be).

La succursale française d'Inter Partner Assistance est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), située 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09 Paris.

afin de gérer le dossier de sinistre de l'Assuré, lui fournir les garanties qui lui sont dues au titre de son Contrat, procéder aux paiements, et transmettre ces données dans les cas où la loi l'exige ou le permet ;

- c. Procéder à l'écoute et/ou à l'enregistrement des appels téléphoniques de l'Assuré dans le cadre de l'amélioration et du suivi de la qualité des services rendus ;
- d. Procéder à des études statistiques et actuarielles ainsi qu'à des analyses de satisfaction clients afin de mieux adapter nos produits aux besoins du marché ;
- e. Obtenir et conserver tout document photographique pertinent et approprié du bien de l'Assuré, afin de fournir les services proposés dans le cadre de son contrat d'assistance et valider sa demande ; et
- f. Procéder à l'envoi d'enquêtes qualité (sous forme de demandes à retourner ou de sondages) relatives aux services d'AXA Partners et autres communications relatives au service clients.
- g. Utiliser les données personnelles dans le cadre d'un traitement de lutte contre la fraude ; ce traitement pouvant conduire, le cas échéant, à une inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.

AXA Partners est soumis aux obligations légales issues principalement du Code Monétaire et Financier en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux et contre le financement du terrorisme et, à ce titre, AXA Partners met en oeuvre un traitement de surveillance des contrats pouvant aboutir à la rédaction d'une déclaration de soupçon conformément aux dispositions de la Loi en la matière.

Les données recueillies peuvent être communiquées aux autres sociétés du Groupe AXA ou à un tiers partenaire, y compris pour une utilisation à des fins de prospection commerciale. Si l'Assuré ne souhaite pas que ses données soient transmises aux sociétés du Groupe AXA ou à un tiers pour une utilisation à des fins de prospection commerciale, il peut s'y opposer en écrivant au :

Délégué à la Protection des données

AXA Partners
6, rue André Gide
92320 CHATILLON

Email : dpo.axapartnersfrance@axa-assistance.com

Certains des destinataires de ces données sont situés en dehors de l'union européenne, et en particulier les destinataires suivants : AXA Business Services situé en Inde et AXA Assistance Maroc Services situé au Maroc.

Pour toute utilisation des données personnelles de l'Assuré à d'autres fins ou lorsque la loi l'exige, AXA Partners devra solliciter son consentement. L'Assuré peut revenir à tout moment sur son consentement.

En souscrivant au Contrat et en utilisant ses services, l'Assuré reconnaît qu'AXA Partners peut utiliser ses données à caractère personnel et consent à ce qu'AXA Partners utilise les données sensibles décrites précédemment. Dans le cas où l'Assuré fournit à AXA Partners des informations sur des tiers, l'Assuré s'engage à les informer de l'utilisation de leurs données comme défini précédemment ainsi que dans la politique de confidentialité du site internet d'AXA Partners (voir ci-dessous). L'Assuré peut obtenir, sur simple demande, copie des informations le concernant. Il dispose d'un droit d'information sur l'utilisation faite de ses données (comme indiqué dans la politique de confidentialité du site AXA Assistance – voir ci-dessous) et d'un droit de rectification s'il constate une erreur.

Si l'Assuré souhaite connaître les informations détenues par AXA Partners à son sujet, ou s'il a d'autres demandes concernant l'utilisation de ses données, il peut écrire à l'adresse suivante :

Délégué à la protection des données

Votre couverture santé et vos assurances en France et à l'étranger

Vittavi est une marque d'Eovi-Mcd Mutuelle. Eovi-Mcd Mutuelle, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la Mutualité - Immatriculée sous le n° 317 442 176 - Siège social : 173 rue de Bercy - CS 31802 - 75584 PARIS Cedex 12. VRMEP_0682_02_0119

Sécurité Sociale Étudiante



Au cœur de la vie étudiante