Une mutuelle, appelée « Mutuelle des Étudiants de Provence » (MEP) est établie à Marseille, au 10 rue Léon Paulet (13008). Elle est régie par le Code de la mutualité et est 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 782 814 826.

Intermédiaire HEYME :

SAS LUTECEA : Société par Actions Simplifiée au capital social de 10.000 euros, dont le siège social est situé 10 rue Léon Paulet - 13008 MARSEILLE – Tel : 09 71 09 07 07, et immatriculée au registre du commerce et des sociétés de Marseille sous le numéro SIREN 845 181 379 - Code APE 672 Z – N° ORIAS : 19 002 840.
La SAS LUTECEA est représentée par Pierre AUGIAS, son Président.
Le capital de la SAS LUTECEA est exclusivement détenu par la SMEREP, la MEP et l'UMGP. La SAS LUTECEA est rémunérée par des commissions de courtage incluses dans la cotisation.
Les gammes et les produits commercialisés sous la marque HEYME sont exclusivement distribués par la SAS LUTECEA, qui intervient également en tant que courtier gestionnaire et, selon le produit concerné, dans la gestion du contrat, dans la liquidation des prestations et des sinistres. En tant que Courtier, la SAS LUTECEA est toutefois libre de présenter tout autre produit d'assurance correspondant aux besoins recueillis auprès de son client.

Article 1er - Objet

En application de l'article L.114-1 alinéa 5 du Code de la mutualité et de l'article 5 des statuts de la Mutuelle des Étudiants de Provence (MEP), il est établi un règlement mutualiste qui définit les droits et obligations réciproques des adhérents, d'une part et de la MEP, d'autre part, en ce qui concerne les prestations servies et les cotisations acquittées relatives au présent contrat mutualiste.
Les garanties World 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

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 Mutuelle des Étudiants de Provence (MEP) 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 MEP.
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 édictions 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 MEP, l'adhésion prend effet à la date de prise d'effet telle que mentionnée sur le bulletin d'adhésion à 00 heure, sous réserve de l'encaissement de la première cotisation.
Le membre participant est informé que le devis ne vaut que pour les dates initialement choisies. Ainsi, pour toute signature du bulletin d'adhésion intervenant à une date postérieure à la date d'effet choisie, le contrat débutera au lendemain de sa signature, sous réserve de l'encaissement de la première cotisation. Une mise à jour du contrat avec les nouvelles dates lui sera adressée.

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'une (1) semaine au minimum et de douze (12) mois consécutifs au maximum. Les durées inférieures à un mois sont calculées au prorata temporis.

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 à deux-cents (200) euros sont à la charge de l'adhérent.

Article 6 - Zone géographique

La garantie World Pass + Monde entier est valable pour le Monde entier, y compris les pays de l'Union Européenne.
La garantie World Pass + Union Européenne n'est valable 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, Biélorussie, Birmanie, Burkina Faso, Burundi, République Centrafricaine, Corée du Nord, Djibouti, Éthiopie, France, Irak, Iran, Libéria, Libye, Mali, Mauritanie, Niger, Nigeria, Russie, Somalie, Soudan, Soudan du Sud, Syrie, Ukraine, Vénézuela, Yémen.

Article 7 – Cotisations et paiement des cotisations

7.1 Cotisations

7.1.1 Pour la garantie World Pass +

Les cotisations sont les suivantes pour chaque garantie :

World Pass + Monde entier	1 mois
< 7 ans	62,00 €
< 15 ans	41,00 €
< 25 ans	48,00 €
< 40 ans	64,00 €
< 50 ans	79,00 €
< 60 ans	97,00 €
< 70 ans	124,00 €
70 ans et +	154,00 €

World Pass + Union Européenne	1 mois
< 7 ans	54,00 €
< 15 ans	34,30 €
< 25 ans	40,60 €
< 40 ans	55,00 €
< 50 ans	68,50 €
< 60 ans	84,70 €
< 70 ans	109,00 €
70 ans et +	136,00 €

7.1.2 Pour l'option Annulation

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

- Option 1 (500 €) : 8.85 € ;
- Option 2 (1 500 €) : 17.70 € ;
- Option 3 (3 000 €) : 25.70 €.

7.2 Paiement des cotisations

La cotisation est individuelle (aucun ayant-droit au contrat) et forfaitaire.
Le paiement de la cotisation au bénéfice de la MEP 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 la MEP, 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, la MEP 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'assisteur, la MEP 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 non provoquée par une imprudence de l'adhérent. 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 évènements 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 soins de kinésithérapie non consécutifs à un accident ;**
- **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 avant la date de prise d'effet du contrat) ;**
- **l'état alcoolique de l'adhérent, caractérisé par la présence d'alcool dans le sang et ce quel que soit le taux ;**
- **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 (au-delà de 1.000 mètres d'altitude), 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'entrainer 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'entrainer 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.

  En tout état de cause, les frais de santé ayant pour origine une maladie inopinée ou un accident survenus durant un retour temporaire et nécessitant une suite de soins pendant le séjour à l'étranger sont exclus.

Taux et plafonds de garantie* :

	Taux de remboursement	Plafonds de garantie
Médecine hospitalière	100 % des frais réels Plafond COVID 100 000€ (UE) et 180 000€ (Monde)	Frais réels
Médecine courante hors hospitalisation	100 % des frais réels Plafond COVID 100 000€ (UE) et 180 000€ (Monde)	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 stricte 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 préexistante, 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'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 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 des garanties

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 la MEP 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 la MEP 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 la MEP 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 la MEP 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 la MEP 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 la MEP.

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

TOUT REFUS DE LA SOLUTION PROPOSÉE PAR L'ÉQUIPE MÉDICALE DE LA MEP ENTRAINE LA DÉCHEANCE 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 la MEP. Si toutefois les pièces justificatives font apparaitre 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 la MEP, 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 série
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 la MEP 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 la MEP 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 la MEP.
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, la MEP prend directement en charge les frais d'hospitalisation.
La demande de prise en charge doit être réalisée auprès de la MEP :

- 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 **UMGP - Service Santé à l'étranger - CS 70010 - 13272 Marseille Cedex 08.**

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

- par téléphone au : 01 41 85 96 50.

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 la MEP dans les plus brefs délais et au plus tard un (1) mois après son retour en France.
Dans le cas où l'adhérent bénéficierait d'un remboursement d'un organisme de Sécurité sociale, la MEP interviendra en complément de ce remboursement.

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 par les professionnels de santé qui ont prodigués les soins (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.

9.6 Secret médical

L'adhérent autorise, dès à présent, et pendant toute la période nécessaire à la gestion de son contrat, tous les professionnels et établissements de santé qui lui ont prodigué des soins à communiquer aux préposés ou aux prestataires de la mutuelle (médecins conseils et autres) tous les éléments relatifs à ses soins afin que la mutuelle puisse procéder au remboursement desdits soins conformément aux garanties souscrites par l'adhérent.

Les renseignements médicaux transmis ne seront utilisés et traités que par des préposés ou des prestataires de la mutuelle (médecins conseils et autres) pour la seule gestion du contrat d'assurance et pour aucun autre usage.

Le système (dématérialisé et physique) de conservation de vos données est hautement sécurisé.

Ces données seront détruites après la fin de la relation contractuelle une fois le délai de la prescription terminée.

Article 10 – Fonds d'entraide mutualiste

Dans le cadre de son action sociale et de solidarité, la MEP 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 la MEP.
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 leur cotisation du régime complémentaire d'assurance maladie,
- permettre le remboursement de prestations non statutaires chaque fois que l'adhérent de la MEP 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 la MEP 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 la MEP dans le mois qui suit son retour de l'étranger les documents suivants :

- 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) ;
- la dernière attestation de droit auprès d'un organisme d'assurance maladie ;
- 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 la MEP 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 - Médiation - Autorité de contrôle

13.1 Sur les réclamations

Pour toutes les réclamations concernant une garantie World 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 : UMGP, Service santé à l'étranger - CS 70010 - 13272 Marseille Cedex 08 ;
- par email : via notre formulaire de contact disponible à l'adresse https://heyme.care/fr/contact.

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 : Banque de France, demande ACPR TSA 50120 - 75035 PARIS CEDEX 01 ;
- téléphoner au 34 14 (prix d'un appel local) ;
- 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 mail : dpo@heyme.care.

NOTICE D'INFORMATION RELATIVE AUX GARANTIES PROPOSEES PAR LA MEP ET SOUSCRITES AUPRES DE TIERS ASSUREURS

Assurance Individuelle Accident

La présente Notice a été établie par la SMGP, en sa qualité d'assureur de la garantie.

Assureur : Société Mutualiste Générale de Prévoyance (SMGP), mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, dont le siège social est situé 28 rue Fortuny à PARIS (75017), immatriculée auprès du Secrétaire Général du Conseil Supérieur de la Mutualité sous le numéro SIREN 316 710 441.

Les adhérents bénéficient de l'assurance Individuelle Accident (Décès – Invalidité).

Évènements garantis : tout évènement dont le fait générateur est survenu durant la période couverte par la garantie et ayant entraîné une invalidité supérieure à 10%.

Capitaux versés au titre de l'assurance Individuelle Accident :

- pour une invalidité de 10 % à 29 % (inclus) : capital de 200 € ;
- pour une invalidité de 30 % à 59 % (inclus) : capital de 4500 € ;
- pour une invalidité de 60 % à 100 % (inclus) : capital de 40000 € ;

Le taux d'invalidité est fixé à dire d'expert inscrit auprès de la Cour d'Appel et en se fondant uniquement sur le Guide Barème Européen d'Évaluation Médicale des Atteintes à l'Intégrité Physique et Psychique.

La SMGP propose aux adhérents, un capital en cas de décès consécutif à un accident. Il s'agit d'un capital d'un montant 8000 €.

Bénéficiaire : personne qui reçoit de la SMGP les sommes dues au titre des sinistres. En cas de décès de l'adhérent, à moins qu'une autre personne n'ait été désignée par l'adhérent, le bénéficiaire est le conjoint survivant, ni divorcé ni séparé de corps judiciairement et à défaut ses ayants droit. Dans les autres cas, les sommes dues seront payées à l'adhérent. Sont exclues du bénéfice de l'assurance, les personnes qui auraient volontairement provoqué l'accident.

Définitions

Accident : toute atteinte corporelle non intentionnelle dont est victime un adhérent et provenant de l'action soudaine et inattendue d'une cause extérieure et toutes les manifestations pathologiques qui sont la conséquence directe d'une telle atteinte corporelle, sous réserve des exclusions énumérées ci-après.

Sont assimilés aux accidents :

- les infections causées directement par un accident garanti, à l'exclusion de toute infection résultant de l'intervention humaine après un accident garanti ;

- les empoisonnements et lésions corporelles dus à l'absorption non intentionnelle de substances toxiques ou corrosives ;
- l'asphyxie due à l'action imprévue de gaz ou de vapeurs ;
- la noyade et les maladies infectieuses qui sont la conséquence d'une chute dans l'eau ou dans un liquide infecté ;
- les gelures, coups de chaleur, insolations ainsi que l'inanition et l'épuisement par suite de naufrage, atterrissage forcé, écroulement, avalanche, et inondation ;
- les lésions corporelles résultant d'agression ou d'attentat dont l'adhérent serait victime sauf s'il est prouvé qu'il aurait pris une part active comme auteur ou instigateur de ces événements.
- Maladie : toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente.

Déchéance : privation du droit aux sommes prévues dans le contrat par suite du non-respect par l'adhérent de certaines obligations qui lui sont imposées.

Exclusions : privation du droit aux sommes prévues dans le contrat du fait des circonstances particulières de survenance du sinistre.
L'assurance ne couvre pas les sinistres :

- **causés ou provoqués intentionnellement par l'adhérent ;**
- **dus à l'état alcoolique de l'adhérent, caractérisé par la présence d'alcool dans le sang et ce quel qu'en soit le taux ;**
- **dus à l'usage par l'adhérent de drogues, stupéfiants ou tranquillisants non prescrits médicalement ;**
- **survenus lorsque l'adhérent présentait un taux d'alcoolémie supérieur à 0,50 gramme/litre de sang lors de la survenance du sinistre et ce qu'importe que le taux d'alcoolémie n'ait pas été la cause exclusive et/ou aggravante du sinistre ;**
- **causés par le suicide ou la tentative de suicide de l'adhérent ;**
- **résultant de la participation de l'adhérent à des paris de toute nature (sauf compétitions sportives), à des rixes (sauf en cas de légitime défense), à des crimes ;**
- **résultant de la pratique d'un sport en tant que professionnel ainsi que de la participation même en tant qu'amateur à des courses de véhicules à moteur ou des tentatives de records ;**
- **résultant de l'utilisation, comme pilote, ou membre d'équipage d'un appareil quelconque permettant de se déplacer dans les airs ou de la pratique de tous les sports aériens et notamment du delta plane, du parachutisme, du parapente ou de l'ULM ;**
- **survenus lorsque l'adhérent est passager d'un appareil de locomotion aérienne qui n'est pas agréé pour le transport de passagers ;**
- **provoqués par la guerre étrangère - l'adhérent doit prouver que le sinistre résulte d'un autre fait ;**
- **provoqués par la guerre civile - il appartient à la SMGP de faire la preuve que le sinistre résulte de ce fait ;**
- **dus aux effets d'une modification quelconque de la structure atomique de la matière ou à l'accélération artificielle de particules atomiques ou encore dus à la radiation provenant de radio-isotopes.**

Étendue territoriale : les garanties sont acquises dans le monde entier.

Obligations de la SMGP
En cas de décès de l'adhérent garanti : lorsqu'un adhérent est victime d'un accident et décède de ses suites dans les 24 mois de sa survenance, la SMGP verse au bénéficiaire la somme indiquée au titre du capital décès (8000 €). Si le corps de l'adhérent n'a pas été retrouvé à la suite d'un

accident d'avion, d'un naufrage, de la destruction d'un moyen de transport public ou la disparition du moyen de transport public utilisé, et si aucune nouvelle n'a été reçue de l'adhérent, des autres passagers ou des membres d'équipage dans les deux ans qui suivent, alors il sera présumé que l'adhérent aura péri des suites de cet événement. Le capital pourra être versé avant l'expiration du délai de deux ans sur présentation d'un jugement déclaratif de décès.

En cas d'invalidité permanente : lorsqu'un adhérent est victime d'un accident et qu'il est établi qu'il reste invalide de ses suites, partiellement ou totalement, la SMGP verse à l'adhérent le capital indiqué au présent article en fonction de son taux d'invalidité. Le taux d'invalidité est fixé dès qu'il y a consolidation de l'état de l'adhérent et au plus tard à l'expiration d'un délai de trois ans à partir de la date de l'accident. Pour les cas d'invalidité non prévus au barème précité, les taux sont fixés par comparaison de leur gravité avec des cas énumérés dans le barème. Les taux d'invalidité sont fixés en dehors de toute considération professionnelle ou scolaire. La perte anatomique de membres ou organes déjà perdus fonctionnellement avant l'accident ne peut donner lieu à indemnisation.
Les lésions aux membres ou organes déjà invalides avant l'accident ne sont indemnisées que par différence entre l'état avant et après l'accident. L'évaluation des lésions à un membre ou organe ne peut être influencée par l'état d'invalidité préexistant d'un autre membre ou organe.
Si plusieurs membres ou organes sont atteints par le même accident, les taux d'invalidité se cumuleront sans pouvoir dépasser 100 %.
En cas de décès accidentel avant consolidation de l'invalidité, seul le capital prévu en cas de décès sera versé, déduction faite éventuellement des sommes qui auraient pu être avancées au titre de l'invalidité.
Il n'y a pas cumul des garanties décès et invalidité lorsqu'elles résultent d'un même accident.

Déclaration de sinistre : l'adhérent ou le bénéficiaire doit déclarer le sinistre dans les trente jours ouvrés qui suivent la date à laquelle le sinistre est connu, sauf cas fortuit ou de force majeure.

La déclaration comprendra :

- une déclaration écrite précisant les circonstances de l'accident, le nom des témoins et l'identité de l'autorité verbalisante si un procès-verbal initial est dressé ;
- le certificat médical initial décrivant les blessures ;
- les pièces établissant la qualité du bénéficiaire en cas de décès et les nom et adresse du notaire chargé de la succession.

L'adhérent ou le bénéficiaire qui intentionnellement fournit de faux renseignements ou use de documents faux ou dénaturés dans l'intention de tromper la SMGP, perd tout droit à la garantie pour le sinistre en cause.
Toute réticence, fausse déclaration intentionnelle, omission ou inexactitude dans la déclaration de ces éléments est sanctionnée, même si elle a été sans influence sur le sinistre, dans les conditions prévues par les articles L113-8 et L113-9 du Code des assurances :

- en cas de mauvaise foi, par la nullité du contrat ;
- si la mauvaise foi n'est pas établie, par une réduction de l'indemnité en fonction des cotisations payées par rapport aux primes qui auraient été dues si les risques avaient été exactement et complètement déclarés.

Toutes les mesures utiles doivent être prises sans retard pour limiter les conséquences du sinistre et hâter le rétablissement de l'adhérent qui doit se soumettre aux soins médicaux nécessités par son état.
Le médecin mandaté par la SMGP doit avoir libre accès auprès de l'adhérent pour constater son état. L'adhérent accepte que les informations médicales concernant son état de santé soient

communiquées au médecin expert mandaté par la SMGP. Tout refus non justifié de se conformer à ce contrôle, après mise en demeure par lettre recommandée avec accusé de réception, pourra générer une indemnisation proportionnelle au dommage subi par la SMGP qui incombera alors à l'adhérent. L'adhérent à la faculté de se faire assister du médecin de son choix. A défaut d'une déclaration dans les délais précités et dans le cas où la SMGP subit un dommage du fait de l'absence de cette déclaration ou de son caractère tardif, la déchéance peut être opposée à l'adhérent si ce retard a causé un préjudice à l'assureur.

DISPOSITIONS GENERALES DES CONTRATS UMGP
SANTE ACTIFS A-MONDE ENTIER N° 58 225 156
SANTE ACTIFS B-UE N° 58 225 157

Dispositions générales du contrat collectif à adhésion facultative dénommé « SANTE ACTIFS » (ci-après « le Contrat » souscrit par l'**UMGP**, union de mutuelles soumises aux dispositions du livre II du code de la mutualité, dont le siège social est situé 28, rue Fortuny, 75017 PARIS, immatriculée auprès du Secrétaire Général du Conseil Supérieur de la Mutualité sous le numéro SIREN 316 730 662 (ci-après UMGP),

- en vue de l'adhésion des Assurés désignés ci-après,

- auprès d'**EUROP ASSISTANCE**, Société Anonyme au capital de 48 123 637 euros, Entreprise régie par le Code des assurances, immatriculée au registre du commerce et des sociétés de Paris sous le numéro 451 366 405, dont le siège social se situe 2, rue Pillet-Will, 75009 PARIS, en qualité d'Assureur,

- par l'intermédiaire de **SUD COURTAGE ET CONSEIL**, Société à Responsabilité Limitée au capital de 7 622,45 euros, immatriculée au registre du commerce et des sociétés de Marseille sous le numéro 395214646, et immatriculé au registre unique des intermédiaires (www.orias.fr) sous le numéro 07030727 dont le siège social se situe 18, rue Jacques Réattu, Buroparc Bât. D, 13009 MARSEILLE, en qualité de courtier (ci-après le « Courtier »).

Ces Dispositions générales ont pour objet de définir les conditions et limites d'application des garanties d'assurance et d'assistance décrites ci-après, ainsi que les droits et obligations réciproques d'EUROP ASSISTANCE et des Assurés.

TABLEAUX DES MONTANTS DE GARANTIES EN INCLUSION

PRESTATIONS D'ASSISTANCE	Montants TTC*/personne
☑ **ASSISTANCE AUX PERSONNES EN CAS DE MALADIE OU BLESSURE**	
- Transport / Rapatriement	Frais réels
- Retour d'un accompagnant assuré	Billet retour + frais de taxi
- Présence hospitalisation	Billet AR et 80 € / nuit (max 5 nuits)
- Retour anticipé en cas d'hospitalisation d'un membre de la famille	Billet AR
☑ **ASSISTANCE EN CAS DE DECES**	
- Transport de corps	Frais réels
- Frais de cercueil ou d'urne	1 500 €
- Reconnaissance de corps et formalités décès	Billet AR et 80 € / nuit (max 2 nuits)
- Retour anticipé en cas de décès d'un membre de la famille	Billet AR
☑ **ASSISTANCE VOYAGE**	
Avant le voyage	
- Information Voyage	
Pendant le voyage	
- Avance de la caution pénale à l'étranger	10 000 €
- Prise en charge des honoraires d'avocat à l'étranger	3 000 €
- Assistance en cas de vol, perte ou destruction des documents d'identité ou des moyens de paiement	Information démarches
- Frais de recherche et de secours en mer ou en montagne : Recherche et de secours Secours sur pistes balisées	3 000 € Frais réels
• Informations santé • Information pratiques • Soutien psychologique	2 entretiens téléphoniques

* taux applicable selon la législation en vigueur

GARANTIES D'ASSURANCE	Montants max. TTC*
☑ **BAGAGES ET EFFETS PERSONNELS**	
-Vol, destruction totale ou partielle, perte pendant l'acheminement par une entreprise de transport	2 000 € / personne
Objets précieux : limités à 50% du montant assuré y compris ordinateur portable et téléphone mobile	
Objets acquis au cours du voyage : limités à 20% du montant assuré	
Franchise	40 € / dossier
-Prise en charge des frais de reconstitution des papiers d'identité en cas de vol ou de perte	120 € / personne

☑ **RESPONSABILITE CIVILE VIE PRIVEE, LOCATIVE & STAGES A L'ETRANGER**	
Plafond global de garantie : -dont dommages corporels et dommages immatériels consécutifs à des dommages corporels garantis -dont dommages matériels et dommages immatériels consécutifs à des dommages matériels garanti - dommages au matériel confié dans le cadre de stage	4 000 000 € 4 000 000 € 75 000 € 12 000 €
Franchise	150 €
☑ **DEFENSE RECOURS**	
-Défense recours	20 000 € / litige
Franchise	380 € / litige

* Taux applicable selon la législation en vigueur

GARANTIE D'ASSURANCE – OPTION 1	Montants max. TTC*
☑ **ANNULATION DE VOYAGE**	Selon conditions du barème des frais d'annulation de l'organisateur dans la limite de 500 € / 1 500 € ou 3 000 € selon option choisie par l'Assuré
- Maladie, accident ou décès	Franchise 30 €
- Vol de la carte d'identité, du passeport	Franchise 20% du montant de l'indemnisation avec un minimum de 30 €
- Autres clauses d'annulation dénommées	Franchise 30 €

* Taux applicable selon la législation en vigueur

GARANTIE D'ASSURANCE – OPTION 2	Montants max. TTC*
☑ **INTERRUPTION DE SEJOUR** - Remboursement des frais de séjour (scolarité et logement) déjà réglés en cas de rapatriement médical, de transport de corps ou de retour anticipé en cas de décès d'un membre de la famille	Au prorata temporis avec un max. de 5 000 €
☑ **DEPART DIFFERE** - Modification des dates d'examen avant le départ vers le pays d'accueil du séjour ou avant le retour vers le pays de domicile - Convocation à un examen de rattrapage avant le départ vers le pays d'accueil du séjour	100 € 100 €

* Taux applicable selon la législation en vigueur

GARANTIES	DATE D'EFFET	EXPIRATION DES GARANTIES
ANNULATION	**Le jour de l'adhésion au contrat santé**	**Le jour du départ à l'Etranger**
AUTRES GARANTIES	**Le jour du départ à l'Etranger**	**Le jour du retour du Séjour à l'Etranger**

Les garanties ci-dessus (hors « ANNULATION DE SEJOUR ») sont applicables uniquement pendant la durée de votre Séjour à l'Etranger mentionnée dans le Bulletin d'adhésion au Contrat santé souscrit auprès de l'UMGP, avec un maximum de douze (12) mois consécutifs à compter de la date de départ.

QUELQUES CONSEILS

AVANT DE PARTIR A L'ETRANGER

- Pensez à vous munir de formulaires adaptés à la durée et à la nature de votre Séjour ainsi qu'au pays dans lequel vous vous rendez (il existe une législation spécifique pour l'Espace économique européen). Ces différents formulaires sont délivrés par la Caisse d'Assurance Maladie à laquelle vous êtes affilié(e) afin de bénéficier, en cas de maladie ou d'accident, d'une prise en charge directe de vos frais médicaux par cet organisme.

  - Si vous vous déplacez dans un pays qui ne fait pas partie de l'Union Européenne et de l'Espace économique européen (EEE), vous devez vous renseigner, avant votre départ, pour vérifier si ce pays a conclu un accord de Sécurité sociale avec la France. Pour ce faire, vous devez consulter votre Caisse d'Assurance Maladie pour savoir si vous entrez dans le champ d'application de ladite convention et si vous avez des formalités à accomplir (retrait d'un formulaire, etc.).

Pour obtenir ces documents, vous devez vous adresser avant votre départ à l'institution compétente (en France adressez-vous à votre Caisse d'Assurance Maladie).

- Si vous êtes sous traitement, n'oubliez pas d'emporter vos médicaments et renseignez-vous sur les conditions de transport de ceux-ci en fonction de vos moyens de transport et de votre destination.

- Dans la mesure où nous ne pouvons pas nous substituer aux secours d'urgence, nous vous conseillons, particulièrement si vous pratiquez une activité physique ou motrice à risque, ou si vous vous déplacez dans une zone isolée, de vous assurer au préalable qu'un dispositif de secours d'urgence a été mis en place par les autorités compétentes du pays concerné pour répondre à une éventuelle demande de secours.

- En cas de perte ou de vol de vos clés, il peut être important d'en connaître les numéros. Prenez la précaution de noter ces références.

- De même, en cas de perte ou de vol de vos papiers d'identité ou de vos moyens de paiement, il est plus aisé de reconstituer ces documents si vous avez pris la peine d'en faire des photocopies et de noter les numéros de votre passeport, carte d'identité et carte bancaire, que vous conserverez séparément.

SUR PLACE

Si vous êtes malade ou blessé(e), contactez-nous dans les plus brefs délais, après avoir pris soin de faire appel aux secours d'urgence (SAMU, pompiers, etc.) auxquels nous ne pouvons pas nous substituer.

ATTENTION

Certaines pathologies peuvent constituer une limite aux conditions d'application du contrat. Nous vous conseillons de lire attentivement les Dispositions Générales du contrat.

I. GENERALITES

1. OBJET DU CONTRAT

Les présentes Dispositions Générales des produits SANTE ACTIFS (World Pass +, Extra Pass+), Zone A Monde entier n° 58 225 156 ou Zone B Union Européenne n° 58 225 157, conclus entre EUROP ASSISTANCE, Entreprise régie par le Code des Assurances, et l'UMGP ont pour objet de préciser les droits et obligations réciproques d'EUROP ASSISTANCE et des Assurés définis ci-dessous. Les présentes Dispositions Générales sont régies par le Code des Assurances.

2. DEFINITIONS

Au sens des présentes Dispositions Générales, les mots ci-après, qu'ils soient au singulier ou au pluriel et dans la mesure ou leur première lettre est en majuscule, sont définis comme suit :

A. DEFINITIONS COMMUNES A L'ENSEMBLE DES GARANTIES D'ASSURANCE ET DES PRESTATIONS D'ASSISTANCE

Au sens du présent contrat, on entend par :

Accident (de la personne)
Un événement soudain et fortuit atteignant l'Assuré, non intentionnel de la part de ce dernier, provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure.

Assuré/Adhérent
Est considérée comme Assuré, toute personne physique, ayant son Domicile en France métropolitaine, en Principauté de Monaco ou dans les DROM (départements et régions d'outre-mer), ayant souscrit un contrat d'assurance SANTE ACTIFS (World Pass +, Extra Pass+).

Assureur/Assisteur
Les garanties d'assurance et les prestations d'assistance sont garanties et mises en œuvre par EUROP ASSISTANCE, Entreprise régie par le Code des Assurances, Société Anonyme au capital de 48 123 637 €, 451 366 405 RCS Paris dont le siège social se situe 2, rue Pillet-Will, 75009 Paris.
Dans les présentes, EUROP ASSISTANCE est remplacée par le terme « nous ».

Attentat
Tout acte de violence, constituant une attaque criminelle ou illégale, intervenu contre des personnes et/ou des biens, dans le pays dans lequel l'Assuré voyage, ayant pour but de troubler gravement l'ordre public par l'intimidation et la terreur, et faisant l'objet d'une médiatisation.
L'Attentat devra être recensé par le Ministère de l'Europe et des Affaires étrangères.

Catastrophe naturelle
Phénomène d'origine naturelle, tel qu'un tremblement de terre, une éruption volcanique, un raz de marée, une inondation ou un cataclysme naturel, ayant eu pour cause l'intensité anormale d'un agent naturel, et reconnu comme tel par les pouvoirs publics du pays de survenance.

Domicile
Est considéré comme Domicile le lieu principal et habituel d'habitation de l'Assuré figurant comme domicile sur son avis d'imposition sur le revenu ou celui du foyer fiscal auquel l'Assuré est rattaché, soit le lieu de résidence de l'Assuré dans le cadre de ses études. Il est situé en France métropolitaine, en Principauté de Monaco ou dans les DROM (départements et régions d'outre-mer) et son adresse figure dans le Bulletin d'adhésion au contrat d'assurance SANTE ACTIFS (World Pass +, Extra Pass+).

DROM
Par DROM, on entend la Guadeloupe, la Guyane, la Martinique, Mayotte et la Réunion.

Etranger
Le terme « Etranger » signifie le monde entier **à l'exception du pays de Domicile de l'Assuré et des pays exclus.**

Evénement
Toute situation prévue par les présentes Dispositions Générales à l'origine d'une demande d'intervention auprès de l'Assureur/Assisteur.

France
Le terme France signifie la France métropolitaine et la Principauté de Monaco.

Franchise
Partie du montant des frais restant à la charge de l'Assuré.

Hospitalisation
Toute admission d'un Assuré justifiée par un bulletin d'hospitalisation dans un centre hospitalier (hôpital ou clinique) prescrite par un médecin, consécutive à une Maladie ou à un Accident et comportant au moins une nuit sur place.

Maladie
Etat pathologique de l'Assuré dûment constaté par un docteur en médecine, nécessitant des soins médicaux et présentant un caractère soudain et imprévisible.

Membre de la famille
Par Membre de la famille, on entend le conjoint, le pacsé ou le concubin notoire vivant sous le même toit, l'(les) enfant(s) légitime(s), naturel(s) ou adopté(s) de l'Assuré, le père et la mère, les frères et sœurs, les grands-parents, les beaux-parents (à savoir les parents du conjoint de l'Assuré) ou les petits-enfants.
Pour être pris en charge au titre des présentes, le membre de la famille doit être domicilié en France ou dans les DROM (départements et régions d'outre-mer).

Pays d'accueil
Est considéré comme Pays d'accueil, le pays dans lequel l'Assuré effectue son Séjour. Il est situé à l'Etranger et est obligatoirement différent du pays de Domicile.

Séjour
On entend par Séjour tout séjour de l'Assuré à l'Etranger d'une durée minimale d'une (1) semaine à douze (12) mois pour les contrats de la gamme SANTE ACTIFS (World Pass+, Extra Pass+) et ayant pour objectif un séjour à titre privé.

Souscripteur
UMGP, union de mutuelles soumises aux dispositions du livre II du code de la mutualité, dont le siège social est situé 28, rue Fortuny, 75017 PARIS, immatriculée auprès du Secrétaire Général du Conseil Supérieur de la Mutualité sous le numéro SIREN 316 730 662, qui souscrit le présent contrat pour le compte des adhérents des mutuelles du groupe, ci-après dénommés les Assurés.

B. DEFINITIONS SPECIFIQUES AUX GARANTIES D'ASSURANCE

Accident grave :
Un événement soudain et fortuit atteignant toute personne physique, non intentionnel de la part de la victime, provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure et lui interdisant tout déplacement par ses propres moyens.

Dépens
Toute somme figurant limitativement à l'article 695 du Code de Procédure Civile, et notamment, les droits, taxes, redevances ou émoluments perçus par les secrétariats des juridictions, les frais de traduction des actes lorsque celle-ci est rendue obligatoire, les indemnités des témoins, la rémunération des techniciens, les débours tarifés, les émoluments des officiers publics ou ministériels et la rémunération des avocats dans la mesure où elle est réglementée y compris les droits de plaidoirie.

Dommage matériel
Toute détérioration ou destruction accidentelle d'un bien

Dommage corporel
Toute atteinte corporelle (blessure, décès) subie involontairement par une personne physique.

Dommage immatériel consécutif
Tout préjudice pécuniaire résultant de la privation de jouissance d'un droit, de l'interruption d'un service rendu par une personne ou par un bien, de la perte d'un bénéfice et qui est la conséquence d'un Dommage corporel ou matériel garanti.

Litige
Situation conflictuelle opposant l'Assuré à un Tiers.

Maladie Grave
Etat pathologique dûment constaté par un docteur en médecine interdisant formellement de quitter le Domicile et nécessitant des soins médicaux et la cessation absolue de toute activité professionnelle.

Préjudice
Il s'agit de tout dommage corporel, matériel ou immatériel dont l'Assuré est victime et résultant soit d'un cas fortuit ou d'un Accident, soit d'un rapport contractuel, générant un préjudice avéré.

Sinistre
On entend par Sinistre tout événement à caractère aléatoire, de nature à engager la garantie des présentes Dispositions Générales.

Tiers
Toute personne physique ou morale autre qu'un Assuré.

Usure
Dépréciation de la valeur d'un bien causée par l'usage, ou ses conditions d'entretien, au jour du Sinistre.

Vétusté
Dépréciation de la valeur d'un bien causée par le temps au jour du Sinistre.

3. QUELLE EST LA NATURE DES SEJOURS COUVERTS ?

Les prestations d'assistance et les garanties d'assurance des produits SANTE ETUDIANTS décrites au chapitre 2 s'appliquent aux Séjours dans le Pays d'accueil, à l'Etranger, dans les conditions décrites au paragraphe 4. Le Séjour doit avoir pour objet la réalisation d'un séjour à titre privé, tels que défini au paragraphe « Séjour » des définitions, dont la durée est indiquée dans le Bulletin d'adhésion au contrat santé.

4. QUELLE EST LA COUVERTURE GEOGRAPHIQUE DU CONTRAT ?

Les garanties d'assurance et les prestations d'assistance s'appliquent selon la formule souscrite, dans le monde entier (Zone A), ou dans les pays de l'Union Européenne (Zone B), hors du pays de Domicile.

EXCLUSIONS : de manière générale, sont exclus les pays en état de guerre civile ou étrangère, d'instabilité politique notoire, ou subissant des mouvements populaires, émeutes, actes de terrorisme, représailles, restriction à la libre circulation des personnes et des biens (quel qu'en soit le motif, notamment sanitaire, de sécurité, météorologique, etc.) ou désintégration du noyau atomique ou toute irradiation provenant d'une source d'énergie présentant un caractère de radioactivité.

SANCTIONS INTERNATIONALES : L'ASSUREUR ne fournira aucune couverture, ne prendra en charge les prestations et ne fournira aucun service décrit dans le présent document si cela peut l'exposer à une sanction, à une interdiction ou à une restriction internationale telle que définie par l'Organisation des Nations Unies, et/ou la France, et/ou l'Union européenne, et/ou le Royaume-Unis, et/ou les États-Unis d'Amérique.

Plus d'informations disponibles sur https://www.europ-assistance.com/en/who-we-are-international-regulatory-information/ (en anglais) ou https://www.europ-assistance.com/fr/who-we-are-international-regulatory-information/.

À ce titre, et cumulativement avec toute autre exclusion territoriale définie dans le présent document, les prestations ne sont pas fournies dans les pays et territoires suivants : Biélorussie, Corée du Nord, Crimée, région du Donbass en Ukraine, Iran, Russie, Syrie et Venezuela.

Pour les ressortissants des Etats-Unis voyageant à Cuba, l'exécution des services d'assistance ou de paiement de prestation est conditionnée à la fourniture de la preuve que le voyage à destination de Cuba respecte les lois des Etats-Unis. Les ressortissants Américains sont réputés inclure toute personne, où qu'elle se trouve, qui est un citoyen américain ou réside habituellement aux Etats-Unis (y compris le titulaire d'une carte verte) ainsi que toute société de capitaux, société de personnes, association ou autre organisation, qu'elles y soient constituées ou y exerce des activités qui sont détenues ou contrôlées par de telles personnes.

Avant de partir, l'Assuré peut s'informer de la liste des pays exclus en contactant le 01 41 85 85 41.

5. COMMENT UTILISER NOS SERVICES ?

A. VOUS AVEZ BESOIN D'ASSISTANCE

En cas d'urgence, il est impératif de contacter les services de secours primaires locaux pour tout problème relevant de leurs compétences.
En tout état de cause, notre intervention ne saurait se substituer aux interventions des services publics locaux ou de tout intervenant auquel nous aurions l'obligation de recourir en vertu de la réglementation locale et/ou internationale.

Afin de nous permettre d'intervenir : nous recommandons à l'Assuré de préparer son appel.

Nous demanderons à l'Assuré les informations suivantes :

- ses nom(s) et prénom(s),
- l'endroit précis où il se trouve, l'adresse et le numéro de téléphone où l'on peut le joindre,
- le numéro d'adhésion au contrat.

L'Assuré doit impérativement :

- nous appeler sans attendre au n° de téléphone : 01 41 85 96 50 (depuis l'étranger le +33 1 41 85 96 50), télécopie : 01 41 85 85 71 (+33 1 41 85 85 71 depuis l'étranger).

- obtenir notre accord préalable avant de prendre toute initiative ou d'engager toute dépense,
- se conformer aux solutions que nous préconisons,
- nous fournir tous les éléments relatifs au contrat souscrit,
- nous fournir les justificatifs originaux des dépenses dont le remboursement est demandé.

B. Quelles sont les conditions d'application des prestations et des garanties ?

Nous nous réservons le droit de demander à l'Assuré ou à ses ayants-droit l'ensemble des justificatifs nécessaires à l'appui de toute demande d'assistance ou d'assurance (certificat de décès, justificatif du lien de parenté, justificatif de l'âge des enfants, justificatif de domicile, justificatif de dépenses, avis d'imposition sous réserve d'avoir préalablement occulté tous les éléments y figurant sauf le nom, l'adresse et les personnes composant le foyer fiscal de l'Assuré).
Nous intervenons à la condition expresse que l'Evénement qui nous amène à fournir la prestation demeurait incertain au moment de la souscription et au moment du départ.

Ne peut être ainsi couvert un événement trouvant son origine dans une maladie et/ou blessure préexistantes diagnostiquées et/ou traitées ayant fait l'objet d'une hospitalisation continue, ou une hospitalisation de jour, ou une hospitalisation ambulatoire dans les 6 mois précédant la demande d'assistance qu'il s'agisse de la manifestation ou de l'aggravation dudit état.

Dans le cas ou EUROP ASSISTANCE serait amenée à déclencher une intervention faute d'élément de vérification, du fait d'éléments insuffisants ou suite à des éléments erronés au regard des informations devant être fournies à EUROP ASSISTANCE, les frais d'intervention ainsi engagés par EUROP ASSISTANCE seront refacturés à l'UMGP et payables à réception de la facture, à charge pour l'UMGP si elle le souhaite, de récupérer le montant auprès du demandeur de l'assistance si ce dernier n'est pas l'Assuré.

C. Declaration de sinistre couvert au titre de la (des) garantie(s) d'assurance :

L'Assuré doit déclarer son Sinistre dans les 2 jours ouvrés à partir du moment où il en a connaissance pour la garantie « BAGAGES ET EFFETS PERSONNELS » en cas de vol, et dans les 5 jours dans tous les autres cas, l'Assuré ou toute personne agissant en son nom, doit déclarer le sinistre en ligne sur notre site :

https://sinistre.europ-assistance.fr/

ou aux coordonnées suivantes :

EUROP ASSISTANCE
Service Indemnisation
23-25, allée des Fruitiers
93210 Saint-Denis
Fax : 01 41 85 85 61 – E-mail : slv@europ-assistance.fr
Tél : 01 41 85 90 72* entre 9h00 et 18h00 du lundi au vendredi
*numéro réservé uniquement aux demandes d'indemnisations

En cas de non-respect de ces délais, l'Assuré perd pour ce Sinistre le bénéfice des garanties si nous pouvons établir que ce retard nous a causé un préjudice.

D. Cumul de garanties

Si les risques couverts par les présentes sont couverts par une autre assurance, l'Assuré doit nous informer du nom de l'assureur auprès duquel une autre assurance a été souscrite (article L 121-4 du Code des Assurances) dès que cette information a été portée à sa connaissance et au plus tard lors de la déclaration de sinistre.

E. Fausses declarations

Lorsqu'elles changent l'objet du risque ou en diminuent notre opinion :

- **toute réticence ou déclaration intentionnellement fausse de la part de l'Assuré entraîne la nullité du contrat. Les primes payées nous demeurent acquises et nous serons en droit d'exiger le paiement des primes échues, tel que prévu à l'article L 113-8 du Code des Assurances,**
- **toute omission ou déclaration inexacte de la part de l'Assuré dont la mauvaise foi n'est pas établie entraîne la résiliation du contrat 10 jours après la notification qui lui sera adressée par lettre recommandée et/ou l'application de la réduction des indemnités conformément à l'article L 113-9 du Code des Assurances.**

F. DECHEANCE DE GARANTIE ET DE PRESTATION POUR DECLARATION FRAUDULEUSE

En cas de Sinistre ou demande d'intervention au titre des garanties d'assurance et/ou des prestations d'assistance (prévues aux présentes Dispositions Générales), si sciemment, l'Assuré utilise comme justificatifs, des documents inexacts ou use de moyens frauduleux ou fait des déclarations inexactes ou réticentes, il sera déchu de tout droit aux garanties d'assurance et aux prestations d'assistance, prévues aux présentes Dispositions Générales, pour lesquelles ces déclarations sont requises.

6. QUE DEVEZ-VOUS FAIRE DE VOS TITRES DE TRANSPORT ?

Lorsqu'un transport est organisé et pris en charge en application des clauses des présentes, l'Assuré s'engage soit à nous réserver le droit d'utiliser le(s) titre(s) de transport qu'il détient, soit à nous rembourser les montants dont il obtiendrait le remboursement auprès de l'organisme émetteur de ses titres de transport.

II. DESCRIPTION DES PRESTATIONS ET GARANTIES PORTEES PAR EUROP ASSISTANCE

PRESTATIONS D'ASSISTANCE

1. CE QUE NOUS GARANTISSONS

A. ASSISTANCE AUX PERSONNES EN CAS DE MALADIE OU BLESSURE LORS D'UN SEJOUR

A.1. TRANSPORT / RAPATRIEMENT

Si au cours du Séjour, l'Assuré est malade ou blessé(e), nos médecins se mettent en relation avec le médecin local qui l'a reçu à la suite de la Maladie ou de l'Accident.
Les informations recueillies, auprès du médecin local et éventuellement du médecin traitant habituel, nous permettent, après décision de nos médecins, de déclencher et d'organiser en fonction des seules exigences médicales :

- soit le retour de l'Assuré à son Domicile,
- soit le transport de l'Assuré, le cas échéant sous surveillance médicale, vers un service hospitalier approprié proche de son Domicile,
- soit le transport de l'Assuré vers un service hospitalier mieux équipé ou spécialisé du Pays d'accueil ou d'un pays voisin,

par véhicule sanitaire léger, par ambulance, par train (place assise en 1re classe, couchette 1re classe ou wagon-lit), par avion de ligne ou par avion sanitaire.

De même, en fonction des seules exigences médicales et sur décision de nos médecins, Nous pouvons déclencher et organiser dans certains cas, un premier transport vers un centre de soins de proximité, avant d'envisager un retour vers une structure proche du Domicile.
Seule la situation médicale de l'Assuré et le respect des règlements sanitaires en vigueur sont pris en considération pour arrêter la décision de transport, le choix du moyen utilisé pour ce transport et le choix du lieu d'hospitalisation éventuel.
IMPORTANT
Il est à cet égard expressément convenu que la décision finale à mettre en œuvre appartient en dernier ressort à nos médecins et ce, afin d'éviter tout conflit d'autorités médicales.
Par ailleurs, dans le cas où l'Assuré refuserait de suivre la décision considérée comme la plus opportune par nos médecins, il nous décharge de toute responsabilité, notamment en cas de retour par ses propres moyens ou encore en cas d'aggravation de son état de santé.

A.2. RETOUR D'UN ACCOMPAGNANT ASSURE

Lorsque l'Assuré est rapatrié par nos soins, selon avis de notre service médical, nous organisons le transport d'une personne assurée qui se déplaçait avec lui afin, si possible, de l'accompagner lors de son retour.

Ce transport se fera :
- soit avec l'Assuré,
- soit individuellement.

Nous prenons en charge le transport de cette personne assurée, par train 1re classe ou avion classe économique ainsi que les frais de taxi, au départ, pour qu'elle puisse se rendre de leur lieu de Séjour à la gare ou à l'aéroport, et à l'arrivée, de la gare/aéroport au Domicile.

Cette prestation n'est pas cumulable avec la prestation « PRESENCE HOSPITALISATION ».

A.3. PRESENCE HOSPITALISATION

Lorsque l'Assuré est hospitalisé sur le lieu de sa Maladie ou de son Accident et que nos médecins jugent à partir des informations communiquées par les médecins locaux que son retour ne peut se faire avant 5 jours, nous organisons et prenons en charge le voyage aller-retour depuis le pays de Domicile, par train 1re classe ou par avion classe économique, d'une personne de son choix afin qu'elle se rende à son chevet.
Nous prenons en charge également les frais d'hôtel de la personne, (chambre et petit-déjeuner), **à concurrence du montant indiqué au Tableau des Montants de Garanties.**

Cette prestation n'est pas cumulable avec la prestation « RETOUR D'UN ACCOMPAGNANT ASSURE ».

A.4. RETOUR ANTICIPE EN CAS D'HOSPITALISATION D'UN MEMBRE DE LA FAMILLE DE L'ASSURE

Pendant le Séjour, l'Assuré apprend l'hospitalisation grave et imprévue supérieure à 8 jours, survenue durant son Séjour et dans son pays de Domicile, d'un Membre de sa famille.

Afin que l'Assuré se rende au chevet de la personne hospitalisée dans le pays de Domicile, nous organisons le voyage aller-retour de l'Assuré et prenons en charge le(s) billet(s) de train 1re classe ou d'avion classe économique jusque dans le pays de Domicile de l'Assuré ainsi que, le cas échéant, les frais de taxi, au départ, pour se rendre du lieu de séjour à la gare ou à l'aéroport, et à l'arrivée, de la gare/aéroport au Domicile.
A défaut de présentation de justificatifs (bulletin d'hospitalisation, justificatif du lien de parenté) dans un délai de 30 jours, nous nous réservons le droit de vous facturer l'intégralité de la prestation.

B. ASSISTANCE EN CAS DE DECES LORS DU SEJOUR

B.1. TRANSPORT DE CORPS ET FRAIS DE CERCUEIL EN CAS DE DECES DE L'ASSURE

L'Assuré décède durant son Séjour : nous organisons et prenons en charge le transport du défunt assuré jusqu'au lieu des obsèques dans son pays de Domicile.
Nous prenons également en charge l'intégralité des frais nécessités par les soins de préparation et les aménagements spécifiques au transport exclusivement, à l'exclusion de tous les autres frais. De plus, nous participons aux frais de cercueil ou frais d'urne, que la famille se procure auprès du prestataire funéraire de son choix, **à concurrence du montant indiqué au Tableau des Montants de Garanties** et sur présentation de la facture originale.
Les autres frais (notamment de cérémonie, convois locaux, inhumation) restent à la charge de la famille de l'Assuré.

B.2. RETOUR ANTICIPE EN CAS DE DECES D'UN MEMBRE DE LA FAMILLE DE L'ASSURE

Pendant le Séjour, l'Assuré apprend le décès survenu dans son pays de Domicile, durant son Séjour, d'un Membre de sa famille.

Afin qu'il puisse assister aux obsèques du défunt, nous organisons :
- soit son voyage aller-retour,
- soit son voyage aller simple et celui d'une personne assurée de son choix se déplaçant avec lui,

et prenons en charge le(s) billet(s) de train 1re classe ou d'avion classe économique jusque dans son pays de Domicile, ainsi que, le cas échéant, les frais de taxi au départ, pour se rendre du lieu de séjour à la gare ou à l'aéroport, et à l'arrivée, de la gare/aéroport au Domicile.
A défaut de présentation de justificatifs (certificat de décès, justificatif du lien de parenté) dans un délai de 30 jours, nous nous réservons le droit de vous facturer l'intégralité de la prestation.
Cette prestation est accordée dès lors que la date des obsèques est antérieure à la date initialement prévue pour le retour de l'Assuré.

B.3. RECONNAISSANCE DE CORPS ET FORMALITES DECES

Si l'Assuré décède alors qu'il se trouvait seul sur place, et si la présence d'un Membre de sa famille ou d'un proche est nécessaire pour effectuer la reconnaissance du corps et les formalités de rapatriement ou d'incinération, sur le lieu de séjour, nous organisons et prenons en charge le déplacement aller-retour en train 1re classe ou avion classe économique de cette personne depuis le pays de Domicile de l'Assuré défunt jusqu'au lieu du décès ainsi que ses frais d'hébergement, **dans la limite du montant indiqué au Tableau des Montants de Garanties.**

C. ASSISTANCE VOYAGE PENDANT LE SEJOUR

Avant le Séjour

C.1. INFORMATIONS VOYAGE (TOUS LES JOURS DE 8 H 00 A 19 H 30, HEURES FRANÇAISES, SAUF DIMANCHES ET JOURS FERIES)

A la demande de l'Assuré, nous pouvons lui fournir des informations concernant :

- les précautions médicales à prendre avant d'entreprendre un voyage (vaccins, médicaments, etc.),
- les formalités administratives à accomplir avant un voyage ou en cours de voyage (visas, etc.),
- les conditions de voyage (possibilités de transport, horaires d'avion, etc.),
- les conditions de vie locale (température, climat, nourriture, etc.).

Pendant le Séjour

C.2. AVANCE DE LA CAUTION PENALE ET PRISE EN CHARGE DES HONORAIRES D'AVOCAT (ETRANGER UNIQUEMENT)

Lors d'un Séjour à l'Etranger, l'Assuré fait l'objet de poursuites judiciaires du fait d'un accident de la circulation et ce à l'exclusion de toute autre cause, nous faisons l'avance de la caution pénale **jusqu'à concurrence du montant indiqué au Tableau des Montants de Garanties.** L'Assuré s'engage à nous rembourser cette avance dans un délai de 30 jours après réception de notre facture ou aussitôt que la caution pénale lui aura été restituée par les autorités si la restitution intervient avant l'expiration de ce délai. De plus, nous prenons en charge les frais d'avocat que l'Assuré a été amené, de ce fait, à engager sur place **à concurrence du montant indiqué au Tableau des Montants de Garanties,** à condition que les faits reprochés ne soient pas, dans la législation du pays, passibles de sanctions pénales.
Cette prestation ne couvre pas les suites judiciaires engagées dans le pays de Domicile de l'Assuré, par suite d'un accident de la route survenu à l'Etranger.

C.3. ASSISTANCE EN CAS DE VOL, PERTE OU DESTRUCTION DES DOCUMENTS D'IDENTITE OU DE DES MOYENS DE PAIEMENT DE L'ASSURE

Pendant son Séjour, l'Assuré perd ou se fait voler ses documents d'identité. Tous les jours, de 8 h 00 à 19 h 30 (heures françaises) sauf les dimanches et les jours fériés, sur simple appel vers notre Service Informations, nous l'informons quant aux démarches à accomplir (dépôt de plainte, renouvellement des documents d'identité, etc.).
Ces informations constituent des renseignements à caractère documentaire visés par l'article 66-1 de la loi modifiée du 31/12/71. Il ne peut en aucun cas s'agir de consultation juridique. Selon les cas nous orienterons l'Assuré vers des organismes ou catégories de professionnels susceptibles de lui répondre. Nous ne pouvons en aucun cas être tenus responsables ni de l'interprétation ni de l'utilisation que l'Assuré pourrait faire des informations communiquées.

En cas de perte ou de vol des moyens de paiements, carte(s) de crédit, chéquier(s) par l'Assuré et sous réserve d'une attestation de perte ou de vol délivrée par les autorités locales, nous lui faisons parvenir, une avance de fonds **jusqu'à concurrence du montant indiqué au Tableau des Montants de Garanties** afin qu'il puisse faire face à ses dépenses de première nécessité, aux conditions préalables suivantes :
• soit du versement par un tiers par débit sur carte bancaire de la somme correspondante,
• soit du versement par votre établissement bancaire de la somme correspondante.
L'Assuré signera un reçu lors de la remise des fonds.

C.4. FRAIS DE RECHERCHE ET DE SECOURS

FRAIS DE RECHERCHE ET DE SECOURS EN MER ET EN MONTAGNE

Nous prenons en charge les frais de recherche et de secours en mer et en montagne (y compris ski hors-piste), **jusqu'à concurrence du montant indiqué au Tableau des Montants de Garanties.**

Seuls les frais facturés par une société dûment agréée pour ces activités peuvent être remboursés.

FRAIS DE SECOURS SUR PISTE BALISEE

Si vous avez un Accident lors de la pratique du ski sur piste balisée, nous prenons en charge les frais de secours du lieu de l'Accident jusqu'au centre de soins le plus proche sans limitation de montant.
Seuls les frais facturés par une société dûment agréée pour ces activités peuvent être remboursés.
La prestation ne comprend pas l'organisation ni la réalisation des recherches et des secours.

C.5. INFORMATIONS SANTE

Ce service est conçu pour vous écouter, orienter et informer. En cas d'urgence médicale, le premier réflexe doit être d'appeler les secours prévus localement.
Sur simple appel téléphonique 24 h/24, 7 j/7, nous nous efforçons de rechercher les renseignements à caractère documentaire destinés à orienter l'Assuré dans le domaine de la santé.
Si une réponse ne peut vous être apportée immédiatement, nous effectuons les recherches nécessaires et rappelons l'Assuré dans les meilleurs délais.
Les informations sont données dans le respect de la déontologie médicale.
L'objet du service n'est en aucun cas de délivrer une consultation ou une prescription médicale téléphonique personnalisée, de favoriser une automédication ou de remettre en cause des choix thérapeutiques de patriciens.
Si telle était votre demande, nous conseillons à l'Assuré de consulter un médecin local ou votre médecin traitant.
Nous apportons aux questions que l'Assuré pose une réponse objective à partir d'éléments officiels et ne pouvons être tenus responsables de l'interprétation que vous pourrez en faire ni de ses conséquences éventuelles.

C.6. INFORMATIONS PRATIQUES

Sur simple appel téléphonique de la part de l'Assuré, nous répondons à ses questions et recherchons les informations sur les démarches administratives et sociales, sur des questions exclusivement d'ordre privé.
Dans tous les cas ces informations constituent des renseignements à caractère documentaire visés par l'article 66-1 de la loi du 31/12/71.
Il ne peut en aucun cas s'agir de consultations juridiques.
Selon les cas, nous orientons l'Assuré vers les organismes ou les professionnels susceptibles de lui répondre.
Si une réponse ne peut être apportée immédiatement, nous effectuons les démarches nécessaires et le rappelons dans les meilleurs délais.
Nous nous engageons à respecter une totale confidentialité des conversations tenues lors de ces prestations d'assistance par téléphone.
Nous ne pouvons être tenus pour responsables de l'interprétation, ni de l'utilisation faite par vous des informations communiquées.
Ce service est accessible tous les jours de 8h00 à 19h30, sauf dimanche et jours fériés.

C.7. SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE

En cas d'Accident (y compris à bord d'un véhicule), d'Agression ou de tentative d'Agression, de décès d'un Membre de la famille de l'Assuré, entraînant un traumatisme psychologique, nous mettons à sa disposition, 24h/24, 7 j/7 et 365 j/an, un service Ecoute et Accueil Psychologique lui permettant de contacter par téléphone des psychologues cliniciens. L'(es) entretien(s) téléphonique(s), mené(s) par des professionnels qui garderont une écoute neutre et attentive, lui permettra de se confier et de clarifier la situation à laquelle il est confronté suite à cet événement.
Les psychologues interviennent dans le strict respect du Code de Déontologie applicable à la profession de psychologue, et ne s'autoriseront en aucun cas à débuter une psychothérapie par téléphone ;
Nous assurons l'organisation et la prise en charge de deux (2) entretiens téléphoniques.
Il est précisé que ces entretiens téléphoniques ne se déroulent qu'en langue française et que le coût des communications téléphoniques reste à la charge de l'Assuré.

2. CE QUE NOUS EXCLUONS

Nous ne pouvons en aucun cas nous substituer aux organismes locaux de secours d'urgence.
Outre les exclusions générales figurant au chapitre « QUELLES SONT LES EXCLUSIONS GENERALES APPLICABLES AU CONTRAT ? » du chapitre « CADRE DU CONTRAT », sont exclus :

- **les conséquences de l'exposition à des agents biologiques infectants, de l'exposition à des agents chimiques type gaz de combat, de l'exposition à des agents incapacitants, de l'exposition à des agents neurotoxiques ou à effets neurotoxiques rémanents, ,**
- **les conséquences d'une mise en quarantaine et/ou de mesures de restriction de déplacement décidées par une autorité compétente, qui pourrait affecter l'Assuré avant ou pendant son Séjour,**
- **les Séjours vers un pays, une région ou une zone vers lesquels les voyages sont formellement déconseillés par les autorités gouvernementales du pays de Domicile de l'Assuré à la date de départ,**
- **les conséquences d'actes intentionnels de la part de l'Assuré ou les conséquences d'actes dolosifs, de tentatives de suicide ou suicides,**
- **les états de santé et/ou maladies et/ou blessures préexistants diagnostiqués et/ou traités ayant fait l'objet d'une hospitalisation continue, d'une hospitalisation de jour ou d'une hospitalisation ambulatoire dans les 6 mois précédant toute demande, qu'il s'agisse de la manifestation ou de l'aggravation dudit état,**
- **les frais engagés sans notre accord, ou non expressément prévus par les présentes Dispositions Générales du contrat,**
- **les frais non justifiés par des documents originaux,**
- **les sinistres survenus dans les pays exclus de la garantie ou en dehors des dates de validité du contrat, et notamment au-delà de la durée de Séjour prévu à l'Etranger,**
- **les conséquences des incidents survenus au cours d'épreuves, courses, ou compétitions motorisées (ou leurs essais), soumises par la réglementation en vigueur à l'autorisation préalable des pouvoirs publics, lorsque l'Assuré y participe en tant que concurrent, ou au cours d'essais sur circuit soumis à homologation préalable des pouvoirs publics, et ce, même si l'Assuré utilise son propre véhicule,**
- **les séjours entrepris dans un but de diagnostic et/ou de traitement médical ou d'intervention de chirurgie esthétique, leurs conséquences et les frais en découlant,**
- **l'organisation et la prise en charge du transport visé au chapitre « TRANSPORT/RAPATRIEMENT » pour des affections bénignes qui peuvent être traitées sur place et qui n'empêchent pas l'Assuré de poursuivre son Séjour,**
- **les demandes d'assistance se rapportant à la procréation médicalement assistée ou à l'interruption volontaire de grossesse, leurs conséquences et les frais en découlant,**
- **les demandes relatives à la procréation ou la gestation pour le compte d'autrui, ses conséquences, et les frais en découlant,**
- **les appareillages médicaux et les prothèses (dentaires, auditives, médicales),**
- **les cures thermales, leurs conséquences et les frais en découlant,**
- **les frais médicaux engagés dans votre pays de Domicile,**
- **les hospitalisations prévues, leurs conséquences et les frais en découlant,**
- **les frais d'optique (lunettes et verres de contact par exemple),**
- **les vaccins et frais de vaccination,**
- **les visites médicales de contrôle, leurs conséquences et les frais s'y rapportant,**
- **les interventions à caractère esthétique, ainsi que leurs éventuelles conséquences et les frais en découlant,**
- **les séjours dans une maison de repos, leurs conséquences et les frais en découlant,**
- **les rééducations, kinésithérapies, chiropraxies, leurs conséquences et les frais en découlant,**
- **les services médicaux ou paramédicaux et l'achat de produits dont le caractère thérapeutique n'est pas reconnu par la législation française, et les frais s'y rapportant,**
- **les bilans de santé concernant un dépistage à titre de prévention, les traitements ou analyses réguliers, leurs conséquences et les frais en découlant,**
- **les frais de recherche et de secours dans le désert,**
- **l'organisation des recherches et secours des personnes, notamment en montagne, en mer ou dans le désert,**
- **les frais liés aux excédents de poids des bagages lors d'un transport par avion et les frais d'acheminement des bagages lorsqu'ils ne peuvent être transportés avec l'Assuré,**
- **les frais d'annulation de Séjour,**
- **les frais de restaurant,**
- **les frais de douane.**

GARANTIES D'ASSURANCE

A. BAGAGES & EFFETS PERSONNELS

A.1. CE QUE NOUS GARANTISSONS

Nous garantissons, dans les limites indiquées au Tableau des Montants de Garanties, vos bagages, objets et effets personnels, hors de votre Domicile ou de votre Résidence secondaire contre :
· le vol,
· la destruction totale ou partielle,
· la perte pendant l'acheminement par une entreprise de transport.

A.2. LIMITATION DE REMBOURSEMENT POUR CERTAINS OBJETS

Pour les objets précieux, perles, bijoux et montres portés, fourrures, ainsi que pour tout appareil de reproduction du son et/ou de l'image et leurs accessoires, fusils de chasse, portables informatiques, téléphones mobiles, la valeur de remboursement ne pourra en aucun cas excéder **50 % du montant d'assurance garanti indiqué au Tableau des Montants de Garanties**.
Pour les objets achetés au cours de votre Séjour, la valeur de remboursement ne pourra en aucun cas excéder **20 % du montant d'assurance garanti indiqué au Tableau des Montants de Garanties**

En outre, les objets énumérés ci-dessus ne sont garantis que contre le vol.
Si l'Assuré utilise une voiture particulière, les risques de vol sont couverts à condition que les bagages et effets personnels soient contenus dans le coffre du véhicule fermé à clé et à l'abri de tout regard. Seul le vol par effraction est couvert.
Si le véhicule stationne sur la voie publique, la garantie n'est acquise qu'entre 7 heures et 22 heures.

A.3. CE QUE NOUS EXCLUONS

Outre les exclusions générales applicables au contrat et figurant au paragraphe « QUELLES SONT LES EXCLUSIONS GENERALES APPLICABLES AU CONTRAT ? » du chapitre « CADRE DU CONTRAT », sont exclus :
· **le vol des bagages, effets et objets personnels laissés sans surveillance dans un lieu public ou entreposés dans un local mis à la disposition commune de plusieurs personnes,**
· **l'oubli, la perte (sauf par une entreprise de transport), l'échange,**
· **le vol sans effraction dûment constatée et verbalisée par une autorité (police, gendarmerie, compagnie de transport, commissaire de bord),**
· **le vol commis par votre personnel durant l'exercice de ses fonctions,**
· **les dommages accidentels dus au coulage des liquides, de matières grasses, colorantes ou corrosives et contenus dans les bagages de l'Assuré,**
· **la confiscation des biens par les autorités (douane, police),**
· **les dommages occasionnés par les mites et/ou rongeurs ainsi que par les brûlures de cigarettes ou par une source de chaleur non incandescente,**
· **le vol commis dans une voiture décapotable et/ou break ou autre véhicule ne comportant pas un coffre, la garantie reste acquise à la condition de l'utilisation du couvre bagage livré avec le véhicule,**
· **les collections, échantillons de représentants de commerce,**
· **le vol, la perte, l'oubli ou la détérioration des espèces, documents, livres, passeports, pièces d'identité, titre de transport et cartes de crédit,**
· **le vol des bijoux lorsqu'ils n'ont pas été placés dans un coffre fermé à clé ou qu'ils ne sont pas portés,**
· **le bris des objets fragiles tels qu'objets en porcelaine, verre, ivoire, poterie, marbre,**
· **les dommages indirects tels que dépréciation et privation de jouissance,**
· **les objets désignés ci-après : toute prothèse, appareillage de toute nature, les vélos, les remorques, les titres de valeur, les tableaux, les lunettes, les lentilles de contact, les clefs de toutes sortes (sauf celles du Domicile), les documents enregistrés sur bandes ou films ainsi que le matériel professionnel, les CD, les DVD, tout matériel multimédia (MP3, MP4, PDA), les GPS, les articles de sport, les instruments de musique, les produits alimentaires, les briquets, les stylos, les cigarettes, les alcools, les objets d'art, les cannes à pêche, les produits de beauté, les pellicules photos.**

A.4. POUR QUEL MONTANT INTERVENONS-NOUS ?

Le montant indiqué au Tableau des Montants de Garantie constitue le maximum de remboursement pour tous les sinistres survenus pendant la période de garantie.
Une franchise indiquée au tableau des Montants de Garantie, sera retenue par Sinistre.

A.5. COMMENT VOTRE INDEMNITE EST-ELLE CALCULEE ?

L'Assuré sera indemnisé sur la base de la valeur de remplacement par des objets équivalents et de même nature, Usure et Vétusté déduites.
En aucun cas, il ne sera fait application de la règle proportionnelle prévue à l'article L 121-5 du Code des Assurances.

A.6. QUELLES SONT LES PIECES À FOURNIR EN CAS DE SINISTRE ?

La déclaration de sinistre de l'Assuré devra être accompagnée des éléments suivants :
· le récépissé d'un dépôt de plainte ou de déclaration de vol effectuée dans les 48 heures auprès d'une autorité (police, gendarmerie, compagnie de transport, commissaire de bord, etc.) lorsqu'il s'agit de vol ou de perte,
· les bulletins de réserve auprès du transporteur (maritime, aérien, ferroviaire, routier) lorsque vos bagages ou objets se sont égarés pendant la période où ils se trouvaient sous la garde juridique du transporteur.
En cas de non-présentation de ces documents nous serons en droit de réclamer à l'Assuré une indemnité égale au préjudice qui en sera résulté pour nous.
Les sommes assurées ne peuvent être considérées comme preuve de la valeur des biens pour lesquels l'Assuré demande indemnisation, ni comme preuve de l'existence de ces biens.
L'Assuré est tenu de justifier, par tous moyens en son pouvoir et par tout document en sa possession, de l'existence et de la valeur de ces biens au moment du Sinistre, ainsi que de l'importance des dommages.

A.7. QUE SE PASSE-T-IL SI L'ASSURE RECUPERE TOUT OU PARTIE DES OBJETS VOLES COUVERTS PAR UNE GARANTIE BAGAGES ?

L'Assuré doit nous en aviser immédiatement par lettre recommandée dès qu'il en est informé.
· Si nous n'avons pas encore réglé l'indemnité, l'Assuré devra reprendre possession des objets, nous ne serons alors tenus qu'au paiement des détériorations ou manquants éventuels.
· Si nous avons déjà indemnisé l'Assuré, l'Assuré peut opter dans un délai de 15 jours :
- soit pour le délaissement,
- soit pour la reprise des objets moyennant la restitution de l'indemnité qu'il a reçue sous déduction des détériorations ou des manquants.
Si l'Assuré n'a pas choisi dans un délai de 15 jours, nous considérons que l'Assuré opte pour le délaissement.

B. PERTE OU VOL DE VOS PAPIERS D'IDENTITE

Dans le cadre du Séjour, en cas de perte ou de vol du passeport, carte d'identité, carte grise ou permis de conduire de l'Assuré, nous lui remboursons les frais de reconstitution de ces documents, sur présentation des justificatifs, **dans la limite indiquée au Tableau des Montants de Garanties.**

C. RESPONSABILITE CIVILE VIE PRIVEE, LOCATIVE ET STAGE A L'ETRANGER

C.1. CE QUE NOUS GARANTISSONS

Les conséquences pécuniaires que l'Assuré peut encourir au cours de son Séjour et faisant suite à une réclamation amiable ou judiciaire formée à son encontre par le tiers lésé, en raison de :
• tout Dommage corporel ou Dommage immatériel consécutif à un Dommage corporel garanti, causé dans le cadre de la vie privée à ce dernier par un accident, un incendie ou une explosion, **dans la limite des montants indiqués au Tableau des Montants de Garanties.**
• tout Dommage matériel causé à un Tiers par un accident, un incendie, une explosion ou un dégât des eaux prenant naissance dans les locaux occupés temporairement pendant le Séjour (appartement, maison) ou Dommage immatériel consécutif à un Dommage matériel garanti, **dans la limite des montants indiqués au Tableau des Montants de Garanties**,
• tout Dommage matériel causé au bien confié par le maître de stage de l'Assuré et utilisé pendant la durée du stage, **dans la limite des montants indiqués au Tableau des Montants de Garanties,**
La garantie s'exerce tout dommage confondu **dans la limite du plafond indiqué au Tableau des Montants de Garanties.**
Ce plafond constitue la limite des engagements de l'Assureur pour l'ensemble des dommages provenant d'une même cause initiale, quel que soit le nombre de Tiers lésés.
La garantie est mise en jeu dans les conditions suivantes :
• lorsque l'Assuré a occasionné des dommages à un Tiers qui met en cause sa responsabilité civile au moyen d'une réclamation,
• et lorsque le fait dommageable est survenu entre la date de 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.

C.2. CE QUE NOUS EXCLUONS

Outre les exclusions générales applicables au contrat et figurant au paragraphe « QUELLES SONT LES EXCLUSIONS GENERALES APPLICABLES AU CONTRAT ? » du chapitre « CADRE DU CONTRAT », sont exclus :

· **les dommages que l'Assuré a causés ou provoqués intentionnellement en tant que personne physique,**
· **les dommages résultant de l'usage de véhicules à moteur, ou de tout appareil de navigation aérienne, maritime ou fluviale, ou de la pratique de sports aériens,**
· **les dommages matériels survenus sur tout véhicule terrestre à moteur ou sur tout appareil de navigation aérienne, fluviale ou maritime,**
· **les dommages résultant de la pratique de la chasse,**
· **les dommages résultant de toute activité professionnelle y compris lors de stages (sauf les seuls dommages matériels causés au matériel confié pendant le stage qui sont couverts par la présente garantie).**
· **les conséquences de tout sinistre matériel ou corporel atteignant l'Assuré ainsi que son conjoint, ses ascendants ou descendants,**
· **les dommages immatériels sauf lorsqu'ils sont la conséquence de dommages matériels ou corporels garantis, auquel cas leur prise en charge est comprise telle qu'elle figure dans le plafond prévu au Tableau des Montants de Garanties,**
· **toutes dispositions prises à l'initiative de l'Assuré sans notre accord préalable,**
· **les accidents résultant de la pratique des sports suivants : bobsleigh, varappe, skeleton, alpinisme, luge de compétition, tout sport aérien, ainsi que ceux résultant d'une participation ou d'un entraînement à des matchs ou compétitions.**
• **les dommages corporels, matériels, immatériels causés au cours de toute activité professionnelle (stages compris) liée à l'exercice de professions médicales, chirurgicales, paramédicales,**
• **les dommages causés par les animaux qui appartiennent à l'Assuré ou sont sous sa garde,**
• **les amendes ainsi que toutes condamnations pécuniaires prononcées à titre de sanctions et ne constituant pas la réparation directe d'un dommage corporel, matériel ou immatériel (tels que dommages punitifs ou exemplaires).**

C.3. TRANSACTION - RECONNAISSANCE DE RESPONSABILITE

Aucune reconnaissance de responsabilité, aucune transaction que l'Assuré aurait acceptée sans notre accord ne nous est opposable. Toutefois, l'acceptation de la matérialité des faits n'est pas considérée comme une reconnaissance de responsabilité, non plus que le seul fait d'avoir procuré à une victime un secours urgent, lorsqu'il s'agit d'un acte d'assistance que toute personne a le droit d'accomplir.

C.4. PROCEDURE

En cas d'action dirigée contre l'Assuré, nous assurons sa défense et dirigeons le procès pour les faits et dommages rentrant dans le cadre des garanties du présent contrat.
Toutefois, l'Assuré peut s'associer à notre action dès lors que l'Assuré peut justifier d'un intérêt propre non pris en charge au titre du présent contrat.
Le fait de pourvoir à titre conservatoire à la défense de l'Assuré ne peut être interprété comme une reconnaissance de garantie et n'implique en aucune façon que nous acceptions de prendre en charge des dommages qui ne seraient pas garantis par le présent contrat.
Nous conservons néanmoins, dans ce cas, le droit d'exercer contre l'Assuré une action en remboursement pour toutes les sommes que nous aurons payées ou mises en réserve à la place de l'Assuré.

C.5. RECOURS

En ce qui concerne les voies de recours :
· devant les juridictions civiles, commerciales ou administratives, nous en avons le libre exercice dans le cadre des garanties du présent contrat,
· devant les juridictions pénales, les voies de recours ne peuvent être exercées qu'avec l'accord de l'Assuré,
· si le litige ne concerne plus que des intérêts civils, le refus de l'Assuré de donner son accord pour l'exercice de la voie de recours envisagée entraîne le droit pour nous de réclamer à l'Assuré une indemnité égale au préjudice qui en sera résulté pour nous.
L'Assuré ne peut s'opposer à l'exercice de notre recours contre un tiers responsable si celui-ci est garanti par un autre contrat d'assurance.

C.6. INOPPOSABILITE DES DECHEANCES

Même si l'Assuré manque à ses obligations après Sinistre, nous sommes tenus d'indemniser les personnes envers lesquelles l'Assuré est responsable.
Nous conservons néanmoins, dans ce cas, le droit d'exercer contre l'Assuré une action en remboursement pour toutes les sommes que nous aurons payées ou mises en réserve à la place de l'Assuré.

C.7. FRAIS DE PROCES

Nous prenons en charge les frais de procès, de quittance et autre frais de règlement. Toutefois, si l'Assuré est condamné pour un montant supérieur à celui de la garantie, chacun d'entre nous supporte ces frais dans la proportion des parts respectives dans la condamnation.

D. DEFENSE PENALE ET RECOURS SUITE A ACCIDENT

Cette garantie est couverte par L'ÉQUITÉ - SA au capital de 26 469 320 euros, Entreprise régie par le Code des assurances, immatriculé au RCS de Paris sous le numéro B 572084697 et ayant son siège : 2 rue Pillet-Will - 75009 Paris, société appartenant au Groupe GENERALI - immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026.
L'EQUITE est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) – 4 Place de Budapest – 75436 Paris cedex 09.

D.1. DOMAINES D'INTERVENTION

L'Equité intervient dans les domaines suivants relevant de la vie privée de l'Assuré, sous réserve qu'il soit satisfait aux conditions de mise en œuvre de la garantie définie au paragraphe D.4 « *Conditions de garantie* », et dès lors qu'ils ne font pas l'objet d'une exclusion.

D.1.1 LA DEFENSE PENALE SUITE A ACCIDENT

L'Equité s'engage à assurer la défense pénale de l'Assuré devant toute juridiction répressive si ce dernier est mis en cause au titre d'une responsabilité assurée par le Contrat AU CHAPITRE **C. RESPONSABILITE CIVILE VIE PRIVEE, LOCATIVE ET STAGE A L'ETRANGER,** lorsque l'Assuré n'est pas représenté par l'avocat que l'assureur Responsabilité Civile a missionné pour la défense de ses intérêts civils.

D.1.2 LE RECOURS SUITE A ACCIDENT

L'Equité prend en charge l'action en recherche d'indemnisation de l'ensemble des postes constituant le préjudice de l'Assuré si celui-ci est victime d'un dommage accidentel y compris s'il s'agit d'un Accident de la circulation, d'un Attentat ou d'une agression.

Sont pris en charge les frais de procédure correspondant aux frais engagés devant les juridictions civiles avec l'accord de l'Equité 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 dans la limite des Seuils d'intervention et Plafonds de l'article D.2 ci-dessous.

D.2 CONDITIONS DE GARANTIE

Mise en œuvre de la garantie

La garantie s'applique aux conditions cumulatives suivantes :

- l'origine du Litige doit être postérieure à la date d'effet de la garantie,
- la date du Sinistre se situe entre la date d'effet de la garantie et la date de son expiration,
- la déclaration du Sinistre doit être effectuée entre la date d'effet de la garantie et la date de son expiration.

Compétence territoriale :

Sont garantis en recours ou en défense les Sinistres relevant de la compétence d'une juridiction située sur le territoire :

- d'un pays membre de l'Union Européenne,
- d'un des pays suivants : Andorre, Liechtenstein, Monaco, Norvège, Saint-Marin, Saint-Siège et Suisse.
- du Pays d'accueil

Sont garantis uniquement en défense les Sinistres portés devant une juridiction civile ou pénale située dans le reste du monde, dès lors que cette disposition ne contrevient pas à l'application des dispositions de la clause « *Sanctions internationales* » de l'article 4 des présentes.

Seuils d'intervention et Plafonds

Lorsque l'Assuré est en défense, la garantie s'applique quel que soit le montant de la demande adverse.

Lorsque l'Assuré est en demande :

• au plan amiable, l'Assureur participe aux dépenses nécessaires à l'exercice des droits de l'Assuré **si son Préjudice en principal est au moins égal à 380 euros TTC**,

• au plan judiciaire, la garantie s'applique **si le montant du Préjudice de l'Assuré en principal est au moins égal à 380 euros TTC.**

La garantie s'applique à concurrence des montants indiqués au Tableau des Montants de Garanties.

Honoraires d'avocat plafonds maximum

Assistance
• Réunion d'expertise ou mesure d'instruction, Médiation Civile ou Pénale, ou Commission : 400 euros par intervention
• Toutes autres interventions : 200 euros par affaire
Procédures urgentes devant toutes juridictions : 500 euros par décision
Première Instance : 1 200 euros par affaire
Appel : 1 200 euros par affaire
Hautes juridictions Cours de Cassation, Conseil d'État : 2 200 euros par affaire
Transaction amiable ou Toute autre juridiction : 800 euros par affaire
Les plafonds ainsi prévus comprennent les frais divers (déplacement, secrétariat, photocopies), les taxes et impôts, et constituent le maximum de notre engagement.

D.3. MISE EN ŒUVRE DE LA GARANTIE

En cas d'action judiciaire, la direction, la gestion et le suivi du procès appartiennent à l'Assuré assisté de son avocat
L'Assuré dispose, du libre choix de l'avocat dont l'intervention s'avère nécessaire pour transiger, l'assister ou le représenter en justice.
L'Assuré fixe de gré à gré avec l'avocat le montant de ses frais et honoraires.
L'Assuré doit obtenir l'accord préalable et exprès de l'Equité s'il souhaite régulariser une transaction avec la partie adverse.

L'Assuré peut demander à l'Equité le remboursement des frais et honoraires garantis, dans la limite des montants maximum fixés au Tableau de garanties sur présentation de la copie des décisions rendues et des éventuels protocoles d'accord signés entre les parties. **Toute autre somme demeurera à la charge de l'Assuré.**
Dans le cadre de la garantie, l'Assureur prend en charge les frais d'huissier, autres que ceux visés à l'article D6 Exclusions afin d'exécution de la décision de justice rendue en faveur de l'Assuré.

D.4. ARBITRAGE

En cas de désaccord entre l'Equité et l'Assuré au sujet des mesures à prendre pour régler le Litige objet du Sinistre garanti, celui-ci peut être soumis à l'arbitrage d'une tierce personne désigné d'un commun accord entre les parties, ou à défaut, par le Président du Tribunal Judiciaire, statuant selon la procédure accélérée au fond. Les frais exposés pour la mise en œuvre de cette faculté sont à la charge de l'Equité, sauf lorsque le Président du Tribunal Judiciaire en décide autrement au regard du caractère abusif de la demande de l'Assuré.

Si, contrairement à l'avis de l'Assureur et/ou de la tierce personne, l'Assuré engage à ses frais une procédure contentieuse et obtient une solution plus favorable que celle que l'Assureur ou que la tierce personne avait proposée, l'Assureur s'engage, dans le cadre de sa garantie, à prendre en charge les frais de justice et d'avocat que l'Assuré aurait ainsi exposés, conformément à l'article D1 ci-avant.

D.5. TRANSACTION - RECONNAISSANCE DE RESPONSABILITE
Aucune reconnaissance de responsabilité, aucune transaction que l'Assuré aurait acceptée sans l'accord de l'Equité et d'Europ assistance leur est opposable. Toutefois, l'acceptation de la matérialité des faits n'est pas

considérée comme une reconnaissance de responsabilité, non plus que le seul fait d'avoir procuré à une victime un secours urgent, lorsqu'il s'agit d'un acte d'assistance que toute personne a le droit d'accomplir.

D.6. EXCLUSIONS

Outre les exclusions générales applicables au contrat et figurant au paragraphe « QUELLES SONT LES EXCLUSIONS GENERALES APPLICABLES AU CONTRAT ? » du chapitre « CADRE DU CONTRAT », la garantie ne s'applique pas :

- **aux Litiges dont l'Assuré avait connaissance lors de la souscription du contrat,**
- **aux Litiges ne relevant pas des domaines d'intervention limitativement définis au chapitre « Domaines d'intervention »,**
- **aux Sinistres dont le fait générateur est antérieur à la date de souscription de la garantie,**
- **aux Litiges relatifs à des dommages mettant en jeu la responsabilité civile de l'Assuré,**
  - **lorsqu'elle est garantie par un contrat d'assurance,**
  - **lorsqu'elle relève d'une assurance responsabilité civile obligatoire qui n'est pas souscrite.**
- **aux procédures et réclamations découlant d'un crime ou d'un délit qualifié par un fait volontaire ou intentionnel, dès lors que ce crime ou ce délit est imputable personnellement à l'Assuré,**
- **aux Litiges relevant de l'activité professionnelle indépendante de l'Assuré, que celle-ci soit exercée en nom propre ou par l'intermédiaire d'une société,**
- **aux Litiges relatifs à la conduite d'un Véhicule ou d'une embarcation sous l'empire d'un état alcoolique, ou en état d'ivresse manifeste, ou sous l'emprise de substances ou plantes classées comme stupéfiants, ou au refus de se soumettre aux vérifications destinées à dépister ou à établir la preuve de cet état,**
- **aux Litiges résultant de la conduite sans disposer du certificat en cours de validité exigé par la règlementation en vigueur pour la catégorie de Véhicule ou d'embarcation concernée,**
- **aux Litiges résultant du refus de l'Assuré de restituer le permis de conduire ou de piloter suite à une décision de retrait,**
- **aux Litiges consécutifs à un délit de fuite ou à un refus d'obtempérer à l'instruction d'une autorité compétente,**
- **aux Litiges survenus au cours d'épreuves sportives, courses, compétitions ou leurs essais, soumis ou non à l'information et/ou à l'autorisation des Pouvoirs Publics,**
- **aux contestations de contraventions sanctionnées par une amende fixe ou forfaitaire,**
- **aux Litiges survenus à l'occasion de faits de guerre civile ou étrangère, d'émeutes, de mouvements populaires,**
- **à la désintégration du noyau atomique ou toute irradiation provenant d'une source d'énergie présentant un caractère de radioactivité,**
- **aux Litiges survenant dans le pays de Domicile**
- **aux Litiges portés devant une juridiction autre que celles mentionnées à la clause « Compétence territoriale » de l'article D.2 ci-dessus.**
- **tout honoraire et/ou émolument de tout auxiliaire de justice dont le montant serait fixé en fonction du résultat obtenu,**
- **les frais de consultation juridique ou d'actes de procédure réalisés avant la déclaration du Sinistre sauf si l'Assuré peut justifier de l'urgence à les avoir exposés antérieurement,**
- **les frais d'huissier aux fins d'exécution de la décision de justice rendue en faveur de l'Assuré.**

GARANTIES D'ASSURANCE OPTIONNELLES

A. OPTION 1 : ANNULATION DE VOYAGE

La présente garantie n'est valable que pour les Assurés ayant souscrit cette option lors de la souscription du contrat d'assurance SANTE ETUDIANTS (World Pass, Extra Pass) ou au contrat SANTE ACTIFS (World Pass+, Extra Pass+).
La souscription de cette option est mentionnée sur le bulletin d'adhésion.
Le Séjour doit avoir été acheté concomitamment au contrat d'assurance SANTE ETUDIANTS ou SANTE ACTIF et au plus tard 72 heures avant.

A.1. CE QUE NOUS GARANTISSONS

Nous remboursons à l'Assuré les acomptes ou toute somme conservée par l'organisateur du voyage (tour opérateur ou compagnie aérienne), et selon les conditions de vente du voyage (à l'exclusion des frais de dossier, des frais de visa, de la prime d'assurance et sous déduction des taxes d'aéroport qui vous sont remboursées par le transporteur), lorsque l'Assuré est dans l'obligation d'annuler son Séjour avant le départ.

Il est rappelé que les taxes aéroportuaires, incluses dans le prix du billet, sont des frais dont l'exigibilité est liée à l'embarquement effectif du passager et que la compagnie aéroportuaire est tenue de vous rembourser de ces montants lorsque vous n'avez pas embarqué. Vous devez consulter les conditions générales de vente ou de transport afin de connaitre les modalités de remboursement de ces taxes (art. L 224-66 du Code de la Consommation).

A.2. DANS QUELS CAS INTERVENONS-NOUS ?

Nous intervenons pour les motifs et circonstances énumérés ci-après, **à l'exclusion de tout autre** :

MALADIE GRAVE, ACCIDENT GRAVE OU DECES
(y compris l'aggravation de maladies antérieures et des séquelles d'un accident antérieur) :
· de l'Assuré, de son conjoint de droit ou de fait,
· des ascendants ou descendants de l'Assuré et/ou ceux de son conjoint,
· des frères, sœurs, beaux-frères, belles-sœurs, gendres, belles-filles de l'Assuré,
· de la personne chargée, pendant le voyage de l'Assuré :
- de la garde de ses enfants mineurs sous réserve que son nom soit mentionné à la souscription du contrat,
- de la garde d'une personne handicapée sous réserve qu'elle vive sous le même toit que l'Assuré et que l'Assuré en soit le tuteur légal et que son nom soit mentionné dès la souscription du contrat.

CONTRE-INDICATION DE VACCINATION

CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE DE L'ACTIVITE SPORTIVE OBJET DU VOYAGE
Cette contre-indication devra être médicalement attestée et ne doit pas avoir été connue au moment de la souscription de l'option annulation.

CONVOCATION A UN EXAMEN DE RATTRAPAGE
Suite à un échec non connu au moment de la réservation du voyage (études supérieures uniquement), le dit examen devant avoir lieu pendant la durée de votre voyage.

DESTRUCTION DES LOCAUX PROFESSIONNELS ET/OU PRIVES
Intervenue après la date de souscription du présent contrat, par suite d'incendie, d'explosion ou de dégâts des eaux, sous réserve que lesdits locaux soient détruits à plus de 50 %.

VOL DANS LES LOCAUX PROFESSIONNELS OU PRIVES
L'importance de ce vol doit nécessiter votre présence et se produire dans les 48 heures précédant votre départ.

L'OCTROI D'UN EMPLOI OU D'UN STAGE SI L'ASSURE EST INSCRIT AU CHOMAGE (POLE EMPLOI)
Débutant avant ou pendant votre voyage.

L'ANNULATION DU STAGE EN ENTREPRISE DU FAIT DE L'EMPLOYEUR OU DU VOYAGE D'ETUDE DU FAIT DE L'UNIVERSITE ETRANGERE EN RAISON D'UN EVENEMENT EXTERIEUR INDEPENDANT DE SA VOLONTEE
L'annulation ne doit pas avoir été connue au moment de la souscription de l'option annulation.

REFUS DE VISA TOURISTIQUE OU VISA D'ETUDE PAR LES AUTORITES DU PAYS
Aucune demande ne doit avoir été formulée au préalable et refusée par ces autorités pour ce même pays. Un justificatif émanant de l'Ambassade sera exigé.

VOL DE LA CARTE D'IDENTITE, DU PASSEPORT
Dans les 48 heures avant le départ, si ces documents sont indispensables pour votre voyage.
Une franchise, indiquée au Tableau des Montants de Garanties reste à votre charge.

DOMMAGES GRAVES AU VEHICULE DE L'ASSURE
Survenant dans les 48 heures avant le départ de l'Assuré, et rendant le véhicule non réparable dans les délais nécessaires pour que l'Assuré se rende au lieu de rendez-vous fixé par l'organisateur de voyage 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.

A.3. CE QUE NOUS EXCLUONS

Outre les exclusions générales applicables au contrat et figurant au paragraphe « QUELLES SONT LES EXCLUSIONS GENERALES APPLICABLES AU CONTRAT ? » du chapitre « CADRE DU CONTRAT », sont exclus :

·les conséquences d'une épidémie ou d'une pandémie causée par toute maladie infectieuse contagieuse, y compris issue de nouvelle souche, reconnue par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) ou toute autorité compétente du pays du Domicile de l'Assuré ou de tout pays Etranger que l'Assuré a prévu de visiter ou de traverser durant le Séjour.

Cette exclusion ne s'applique pas si une épidémie entraine une Maladie Grave ou le décès de l'Assuré couvert par les Présentes Dispositions Générales,

·les conséquences d'une mise en quarantaine et/ou de mesures de restriction de déplacement décidées par une autorité compétente, qui pourrait affecter l'Assuré avant ou pendant son Séjour,

· l'annulation provoquée par une personne hospitalisée au moment de la réservation du voyage ou de la souscription du contrat,

· la maladie nécessitant des traitements psychiques médicamenteux et/ou psychothérapeutiques (y compris la dépression nerveuse) sauf lorsqu'elle a entraîné une hospitalisation supérieure à 4 jours consécutifs au moment de la date d'annulation de votre voyage,

· l'oubli de vaccination,

· les accidents résultant de la pratique des sports suivants : bobsleigh, varappe, skeleton, alpinisme, luge de compétition, tout sport aérien, ainsi que ceux résultant d'une participation ou d'un entraînement à des matchs ou compétitions,

· la non-présentation, pour quelque cause que ce soit, de documents indispensables au Séjour, tels que passeport, visa, titres de transport, carnet de vaccination, sauf en cas de vol du passeport ou carte d'identité dans les 48 heures avant le jour du départ et dûment déclaré auprès des autorités compétentes,

· les maladies, accidents ayant fait l'objet d'une première constatation, d'une rechute, d'une aggravation ou d'une hospitalisation entre la date d'achat du Séjour et la date d'adhésion au présent contrat,

· les frais de dossier, les taxes, les frais de visa et prime d'assurance liés au voyage.

A.4. POUR QUEL MONTANT INTERVENONS-NOUS ?

Nous intervenons pour le montant des frais d'annulation encourus au jour de l'Evénement pouvant engager la garantie, conformément aux conditions générales de vente de l'organisateur du Séjour, **avec un maximum et une Franchise indiqués au Tableau des Montants de Garanties.**

A.5. DANS QUEL DELAI L'ASSURE DOIT-IL DECLARER LE SINISTRE ?

L'Assuré doit aviser immédiatement l'organisateur du Séjour et nous aviser dans les 5 jours ouvrés suivant l'Evénement entraînant la garantie. Pour cela, l'Assuré doit nous adresser sa déclaration de sinistre.

En cas d'Annulation et/ou de déclaration tardives, nous ne prendrons en charge que les frais d'annulation exigibles à la date de survenance du Sinistre ayant donné lieu à l'Annulation.

LIMITATION DE LA GARANTIE

L'indemnité due en vertu de la présente garantie ne peut dépasser le montant réel des pénalités facturées suite à l'annulation du voyage. Les frais de dossier, les taxes, les frais de visa et la prime d'assurance ne sont pas remboursables.

A.6. QUELLES SONT LES OBLIGATIONS DE L'ASSURE EN CAS DE SINISTRE ?

La déclaration de l'Assuré doit être accompagnée :

· en cas de Maladie ou d'Accident, d'un certificat médical précisant l'origine, la nature, la gravité et les conséquences prévisibles de la Maladie ou de l'Accident, ainsi que la photocopie de l'arrêt de travail si l'Assuré est salarié et les photocopies des ordonnances comportant les vignettes des médicaments prescrits ou éventuellement les analyses et examens pratiqués,

· en cas de décès, d'un certificat et d'un justificatif de lien de parenté,

· en cas de licenciement économique, d'une photocopie de la lettre de licenciement, d'une photocopie du contrat de travail, et d'une photocopie du bulletin de salaire attestant du solde de tout compte,

· dans les autres cas de tout justificatif.

Le certificat médical doit impérativement être joint sous pli fermé à l'attention du médecin conseil que nous vous désignerons.

A cet effet, l'Assuré doit libérer son médecin du secret médical vis-à-vis de ce médecin conseil. Sous peine de déchéance, l'Assuré se prévalant de la mise en jeu de la garantie doit remettre l'ensemble des pièces

contractuellement exigées sans qu'il puisse se prévaloir, sauf force majeure, de quelque motif empêchant leur production. Si l'Assuré s'y oppose sans motif valable, il risquerait de perdre ses droits à la garantie.
De convention expresse, l'Assuré nous reconnait le droit de subordonner la mise en jeu de la garantie au respect de cette condition.
L'Assuré doit également nous transmettre tout renseignement ou document qui lui seront demandés afin de justifier le motif de son Annulation, et notamment :
· les décomptes de la Sécurité sociale ou de tout autre organisme similaire, relatifs au remboursement des frais de traitement et au paiement des indemnités journalières,
· l'original de la facture d'annulation établie par l'organisateur du Séjour,
· le numéro du Bulletin d'adhésion,
· le bulletin d'inscription délivré par l'agence de voyage ou l'organisateur du Séjour,
· en cas d'Accident, l'Assuré doit en préciser les causes et circonstances et nous fournir les noms et adresses des responsables et, si possible, des témoins.

B. OPTION 2 : DEPART DIFFERE + INTERRUPTION DE SEJOUR

Les garanties « Départ différé » et « Interruption de séjour » ne sont valables que pour les Assurés ayant souscrit cette option lors de la souscription au contrat d'assurance SANTE ACTIFS (World Pass+, Extra Pass+).
La souscription de cette option est mentionnée sur le bulletin d'adhésion.

B.1. DÉPART DIFFÉRÉ

B.1.1. CE QUE NOUS GARANTISSONS

La garantie « DÉPART DIFFÉRÉ » couvre l'Assuré, pour lui permettre d'assister à un examen scolaire ou universitaire s'il est pour les raisons ci-après listées dans l'impossibilité d'effectuer à la date prévue :
• soit son vol de départ vers le lieu de son Séjour,
• soit son vol de retour vers son pays de Domicile.

B.1.2. DANS QUELS CAS INTERVENONS-NOUS ?

Nous intervenons uniquement pour l'une des situations suivantes :
• quand la date d'examen scolaire ou universitaire auquel l'Assuré devait assister dans son pays de Domicile ou dans son Pays d'accueil a été modifiée de manière imprévisible et non reportable postérieurement à l'achat du billet d'avion, soit avant son départ vers son Pays d'accueil, soit avant son retour vers son pays de Domicile,
• en cas de convocation à un examen de rattrapage organisé par son école ou université dans son pays de Domicile pour une date se situant à une date ultérieure à sa date de départ initialement prévue, sous réserve que l'échec à l'examen n'ait pas été connu le jour de l'achat du billet d'avion. Toute demande de mise en application de la garantie devra être accompagnée d'un document officiel émanant de l'établissement responsable de l'organisation de l'examen, attestant la situation.

B.1.3. POUR QUEL MONTANT INTERVENONS-NOUS ?

Nous remboursons à l'Assuré, **dans la limite du plafond indiqué au Tableau des Montants de Garanties**, les pénalités appliquées par les compagnies lorsque l'Assuré est dans l'obligation de reporter son vol avant le départ vers le Pays d'accueil de son Séjour ou avant le retour vers son pays de Domicile.

B.2. FRAIS D'INTERRUPTION DE SÉJOUR

B.2.1. CE QUE NOUS GARANTISSONS

Cette garantie n'est mise en œuvre qu'à la condition que l'Assuré interrompe son Séjour définitivement. Nous remboursons à l'Assuré au prorata temporis **à concurrence du montant indiqué au Tableau des Montants de Garanties**, les frais de Séjour (scolarité et frais de logement) à l'exclusion de tout autre frais, engagés pour son Séjour dans le Pays d'accueil, déjà réglés et non utilisés, à compter du jour suivant l'Événement entraînant :
• soit son transport/rapatriement médical organisé par nos soins dans les conditions définies ci-avant au chapitre A.1,
• soit le transport de son corps en cas de décès dans les conditions définies ci-avant au chapitre B.1.,
• soit son retour anticipé suite au décès d'un Membre de la famille dans les conditions définies ci-avant au chapitre B.2.
Il est précisé que seuls les frais de logement correspondant au mois de survenance de l'interruption, peuvent donner lieu à un remboursement.

B. 2.2. POUR QUEL MONTANT INTERVENONS-NOUS ?
L'indemnité est proportionnelle au nombre de jours de Séjour non utilisés.
L'indemnité est remboursée dans les limites indiquées au Tableau des Montants de Garanties par personne, sans toutefois dépasser le plafond par Événement. L'indemnité n'est valable qu'une seule fois pour toute la durée des études. L'indemnité ne sera délivrée que sur présentation des justificatifs originaux des frais de scolarité et de logement déjà réglés.

B.2.3. CE QUE NOUS EXCLUONS
Outre les exclusions générales applicables au contrat et figurant au paragraphe « QUELLES SONT LES EXCLUSIONS GENERALES APPLICABLES AU CONTRAT ? » du chapitre « CADRE DU CONTRAT », sont exclus :
·les conséquences d'une épidémie ou d'une pandémie causée par toute maladie infectieuse contagieuse, y compris issue de nouvelle souche, reconnue par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) ou toute autorité compétente du pays du Domicile de l'Assuré ou de tout pays Etranger que l'Assuré a prévu de visiter ou de traverser durant le Séjour.
Cette exclusion ne s'applique pas si une épidémie entraine une Maladie Grave ou le décès de l'Assuré couvert par les Présentes Dispositions Générales,
·les conséquences d'une mise en quarantaine et/ou de mesures de restriction de déplacement décidées par une autorité compétente, qui pourrait affecter l'Assuré avant ou pendant son Séjour,

CADRE DU CONTRAT

Les présentes Dispositions Générales sont soumises à la loi française.

1. PRISE D'EFFET ET DUREE

Les prestations d'assistance et garanties d'assurance des produits SANTE ACTIFS (Extra Pass+, World Pass+) s'appliquent pendant la durée du Séjour à l'Etranger, avec une durée minimale d'une (1) semaine et une durée maximale de douze (12) mois consécutifs.
La date de prise d'effet ne peut être antérieure à la date d'adhésion au contrat santé UMGP.

2. RENONCIATION

2.1 EN CAS DE MULTIASSURANCE POUR LES VENTES OPTIONNELLES

Conformément à l'article L112-10 du Code des Assurances, l'Assuré qui souscrit à des fins non professionnelles un contrat d'assurance, s'il justifie d'une garantie antérieure pour l'un des risques couverts par ce nouveau contrat, peut renoncer à ce nouveau contrat, sans frais ni pénalités, tant qu'il n'a pas été intégralement exécuté ou que l'assuré n'a fait intervenir aucune garantie, et dans la limite d'un délai de quatorze jours calendaires à compter de la conclusion du nouveau contrat.

Cette renonciation s'effectue par courrier ou par mail aux adresses suivantes :

Par courrier : MIS SANTE
Service Santé à l'Etranger
CS 30041
13417 Marseille Cedex 08

Par e-mail : formulaire de contact via www.heyme.care

L'assureur remboursera, le montant de la prime payée par l'assuré dans un délai de trente jours à compter de la date d'exercice du droit de renonciation sauf si un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat est intervenu durant le délai de renonciation.

2.2 EN CAS DE VENTE A DISTANCE

Conformément à l'article L.112-2-1 du Code des Assurances, Vous pouvez, dans les 14 jours calendaires qui suivent la date à laquelle Vous êtes informé(e) que le contrat est conclu, renoncer à votre adhésion sans avoir

à justifier de motif ni à payer de pénalités. Dans ce cas, Vous devez Nous informer de votre intention de renoncer à la souscription à ce contrat par lettre recommandée avec accusé de réception à l'adresse suivante : MIS SANTE - Service Santé à l'Etranger – CS30041 - 13417 Marseille Cedex 8, suivant le modèle ci-après : « Je soussigné(e) ..... (Préciser vos nom et prénoms) déclare renoncer au contrat n° de contrat .....souscrit en date du ..... (date). Fait à ....., le ..... (date et signature) ». Pour que le délai de renonciation soit respecté, l'Assuré doit transmettre sa volonté de renoncer avant l'expiration du délai de renonciation.

Toutefois, dès lors que l'Assuré a déclaré un sinistre mettant en jeu la garantie, il ne peut plus exercer ce droit de renonciation.

3. COMMENT SONT EXPERTISES LES DOMMAGES MATERIELS COUVERTS PAR LES GARANTIES D'ASSURANCE ?

Si les dommages ne peuvent être déterminés de gré à gré ils sont évalués par la voie d'une expertise amiable et obligatoire, sous réserve de nos droits respectifs.
Chacun de nous choisit son expert. Si ces experts ne sont pas d'accord entre eux, ils font appel à un 3e et tous les 3 opèrent en commun et à la majorité des voix.
Faute par l'un de nous de nommer un expert ou par les 2 experts de s'entendre sur le choix d'un 3e, la nomination est faite par le Président du Tribunal de Grande Instance du lieu où le Sinistre s'est produit. Cette nomination est faite sur simple requête signée au moins par l'un d'entre nous, celui n'ayant pas signé est convoqué à l'expertise par lettre recommandée.
Chacun prend à sa charge les frais et honoraires de son expert et le cas échéant, la moitié de ceux du 3e.

4. DANS QUELS DELAIS L'ASSURE SERA-T-IL INDEMNISE ?

Le règlement interviendra dans un délai de 5 jours à partir de l'accord qui interviendra entre nous ou de la décision judiciaire exécutoire.

5. QUELLES SONT LES LIMITATIONS EN CAS DE FORCE MAJEURE OU AUTRES EVENEMENTS ASSIMILES ?

Nous ne pouvons en aucun cas nous substituer aux organismes locaux en cas d'urgence.
Nous ne pouvons être tenus pour responsables des manquements, ni des retards dans l'exécution des prestations résultant de cas de force majeure ou d'événements tels que :

- **les guerres civiles ou étrangères, instabilité politique notoire, mouvements populaires, émeutes, actes de terrorisme, représailles,**
- **les recommandations de l'O.M.S. ou des autorités nationales ou internationales ou restriction à la libre circulation des personnes et des biens, et ce quel qu'en soit le motif notamment sanitaire, de sécurité, météorologique, limitation ou interdiction de trafic aéronautique,**
- **les grèves, explosions, catastrophes naturelles, désintégration du noyau atomique, ou toute irradiation provenant d'une source d'énergie présentant un caractère de radioactivité,**
- **les délais et/ou impossibilité à obtenir les documents administratifs tels que visas d'entrée et de sortie, passeport, etc., nécessaires à votre transport à l'intérieur ou hors du pays où vous vous trouvez ou à votre entrée dans le pays préconisé par nos médecins pour y être hospitalisé(e),**
- **les recours à des services publics locaux ou à des intervenants auxquels nous avons l'obligation de recourir en vertu de la règlementation locale et/ou internationale,**
- **l'inexistence ou l'indisponibilité de moyens techniques ou humains adaptés au transport (y compris refus d'intervention).**

6. CIRCONSTANCES EXCEPTIONNELLES

Les transporteurs de personnes (dont notamment les compagnies aériennes) sont susceptibles d'opposer pour les personnes atteintes de certaines pathologies ou pour les femmes enceintes, des restrictions applicables jusqu'au moment du début du transport, et susceptibles d'être modifiées sans préavis (ainsi pour les compagnies aériennes : examen médical, certificat médical, etc.).

De ce fait, le rapatriement de ces personnes ne pourra être réalisé que sous réserve d'absence de refus du transporteur, et bien évidemment, d'absence d'avis médical défavorable (tel que prévu et suivant les modalités prévues au chapitre « TRANSPORT/RAPATRIEMENT ») au regard de la santé de l'Assuré ou de l'enfant à naître.

7. QUELLES SONT LES EXCLUSIONS GENERALES APPLICABLES AU CONTRAT ?

Les exclusions générales du contrat sont les exclusions communes à l'ensemble des garanties d'assurance et des prestations d'assistance décrites aux présentes Dispositions Générales. Sont exclus :

- **les guerres civiles ou étrangères, les émeutes, les mouvements populaires,**
- **la participation volontaire d'un Assuré à des émeutes ou grèves, rixes ou voies de fait,**
- **les conséquences de la désintégration du noyau atomique ou toute irradiation provenant d'une source d'énergie présentant un caractère de radioactivité,**
- **les conséquences des situations à risque infectieux en contexte épidémique, de l'exposition à des agents biologiques infectants, de l'exposition à des agents chimiques type gaz de combat, de l'exposition à des agents incapacitants, de l'exposition à des agents neurotoxiques ou à effets neurotoxiques rémanents, qui font l'objet d'une mise en quarantaine, de mesures préventives ou de surveillance spécifiques de la part des autorités sanitaires internationales et/ou sanitaires locales du pays où l'Assuré séjourne et/ou nationales du pays d'origine,**
- **sauf dérogation, un tremblement de terre, une éruption volcanique, un raz de marée, une inondation ou un cataclysme naturel sauf dans le cadre des dispositions résultant de la loi n° 82-600 du 13 juillet 1982 relative à l'indemnisation des victimes de catastrophes naturelles (pour les garanties d'assurance),**
- **les conséquences de l'usage de médicaments, de drogues, de stupéfiants et produits assimilés non ordonnés médicalement, et de l'usage abusif d'alcool,**
- **tout acte intentionnel de la part de l'Assuré pouvant entraîner la garantie du contrat.**

8. SUBROGATION

Après avoir engagé des frais dans le cadre de nos garanties d'assurance et/ou nos prestations d'assistance, nous sommes subrogés dans les droits et actions que vous pouvez avoir contre les tiers responsables du Sinistre, comme le prévoit l'article L 121-12 du Code des Assurances.
Notre subrogation est limitée au montant des frais que nous avons engagés en exécution du présent contrat.

9. QUELS SONT LES DELAIS DE PRESCRIPTION ?

Article L 114-1 du Code des Assurances :
Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :
1° En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance.
2° En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là. Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

Article L 114-2 du Code des Assurances :
La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Article L 114-3 du Code des Assurances :
Par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont définies aux articles 2240 à 2246 du code civil : la reconnaissance par le débiteur du droit contre lequel il prescrivait (article 2240 du Code civil), la demande en justice (articles 2241 à 2243 du Code civil), un acte d'exécution forcée (articles 2244 à 2246 du Code civil).

10. RECLAMATIONS - LITIGES

En cas de réclamation ou de litige, l'Assuré pourra s'adresser à :

EUROP ASSISTANCE
Service Réclamations Clients
23-25, allée des Fruitiers – CS20021
93210 Saint-Denis
service.qualité@europ-assistance.fr

Si le délai de traitement doit excéder les dix jours ouvrés, une lettre d'attente sera adressée à l'Assuré dans ce délai. Une réponse écrite à la réclamation sera transmise dans un délai maximum de deux mois à compter de la date de réception de la réclamation initiale.

Si l'Assuré a souscrit son contrat par le biais d'un intermédiaire et que sa demande relève de son devoir de conseil et d'information ou concerne les conditions de commercialisation de son contrat, sa réclamation doit être exclusivement adressée à cet intermédiaire.

Si le litige persiste après examen de votre demande par notre Service Réclamations Clients, l'Assuré pourra saisir le Médiateur par courrier postal ou par internet :

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

L'Assuré reste libre de saisir, à tout moment, la juridiction compétente.

11. AUTORITE DE CONTROLE

L'autorité chargée du contrôle est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - A.C.P.R. – 4, Place de Budapest – CS 92459 - 75436 Paris cedex 09.

12. PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

Europ Assistance, entreprise régie par le Code des assurances, ayant son siège social au 2, rue Pillet-Will, 75009 Paris (ci-après dénommée « l'Assureur »), agissant en qualité de responsable de traitement, met en œuvre un traitement de données à caractère personnel de l'Assuré ayant pour finalités de :

- gérer les demandes d'assistance et d'assurance ;
- organiser des enquêtes de satisfaction auprès des assurés ayant bénéficié des services d'assistance et d'assurance ;
- élaborer des statistiques commerciales et des études actuarielles ;
- examiner, accepter, contrôler et surveiller le risque ;
- gérer les contentieux potentiels et mettre en œuvre les dispositions légales ;
- mettre en œuvre les obligations de vigilance dans le cadre de la lutte contre le blanchiment d'argent et le financement du terrorisme, les mesures de gel des avoirs, la lutte contre le financement du terrorisme et les sanctions financières, y inclus le déclenchement d'alertes et les déclarations de suspicion ;
- mettre en œuvre des mesures visées à la lutte contre la fraude à l'assurance ;
- gérer l'enregistrement des conversations téléphoniques avec les salariés de l'Assureur ou ceux de ses sous-traitants aux fins de former et évaluer les salariés et améliorer la qualité du service ainsi que pour gérer des contentieux potentiels.

L'Assuré ainsi que toute autre personne susceptible de rentrer en contact avec Europ Assistance, désignés ci-après « les personnes concernées » sont t informés et acceptent que ses données personnelles soient

traitées pour les finalités précitées. Ce traitement est mis en œuvre en application du contrat.
Les données collectées sont obligatoires. En l'absence de communication de ces données, la gestion des demandes d'assistance et d'assurance de l'Assuré sera plus difficile voire impossible à gérer.
A cet effet, les personnes concernées sont informées que ses données personnelles sont destinées à l'Assureur, responsable de traitement, au souscripteur, aux sous-traitants, aux filiales et aux mandataires de l'Assureur. En vue de satisfaire aux obligations légales et réglementaires, l'Assureur peut être amené à communiquer des informations aux autorités administratives ou judiciaires légalement habilitées.
Les données personnelles des personnes concernées sont conservées pour une durée variable selon la finalité poursuivie *(six (6) mois pour les enregistrements téléphoniques, dix (10) ans pour les traitements en lien avec le médical, cinq (5) ans pour les autres traitements)*, augmentée des durées de conservation obligatoires en matière de comptabilité et de la durée légale de prescription.

- Les personnes concernées sont informées et acceptent que les données à caractère personnel les concernant soient communiquées à des destinataires, situés dans des pays tiers non membres de l'Union européenne, disposant d'une protection équivalente. Les transferts de données à destination de ces pays tiers sont encadrés par une convention de flux transfrontaliers établie conformément aux clauses contractuelles types de responsables à sous-traitants émise par la Commission européenne et actuellement en vigueur.

Ces flux ont pour finalité la gestion des demandes d'assistance et d'assurance. Les catégories de données suivantes sont concernées :

- données relatives à l'identité *(notamment : nom, prénoms, sexe, âge, date de naissance, numéro de téléphone, courrier électronique)* et à la vie personnelle *(notamment : situation familiale, nombre des enfants)*,
- données de localisation,
- données de santé, y compris le numéro de sécurité sociale (NIR).

Les personnes concernées en leurqualité de personne concernée par le traitement, sontinformées qu'ellesdisposent d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement et de portabilité de ses données, ainsi que d'un droit de limitation du traitement. Ellesdisposent en outre d'un droit d'opposition pour motif légitime. Les personnes concernées ont le droit de retirer leu consentement à tout moment, sans porter atteinte à la licéité du traitement fondé sur le consentement avant le retrait de celui-ci. Par ailleurs, elles disposent d'un droit de formuler des directives spécifiques et générales concernant la conservation, l'effacement et la communication de ses données post-mortem. .
L'exercice des droits des personnes concernées s'effectue, auprès du Délégué à la protection des données, par courrier accompagné de la photocopie d'un titre d'identité signé, à l'une ou l'autre des adresses suivantes :

- soit par voie électronique : protectiondesdonnees@europ-assistance.fr,
- soit par voie postale : **EUROP ASSISTANCE**
  A l'attention du Délégué à la protection des données
  23-25, allée des Fruitiers – 93210 Saint-Denis

Enfin, les personnes concernées sont informées qu'elles ont le droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés.

13. DROIT D'OPPOSITION DES CONSOMMATEURS AU DEMARCHAGE TELEPHONIQUE

Europ Assistance informe l'Assuré, conformément à la loi 2014-344 du 17 mars 2014, que s'il ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique de la part d'un professionnel avec lequel il n'a pas de relation contractuelle préexistante, il peut s'inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique par courrier postal ou par internet **: www.bloctel.gouv.fr**

L'inscription sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique, n'interdit pas à Europ Assistance de contacter l'Assuré, directement ou par l'intermédiaire d'un tiers agissant pour son compte, concernant le contrat d'assurance souscrit.

ANNEXE – ZONES GEOGRAPHIQUES

ZONE A : MONDE ENTIER Y COMPRIS LES DROM

Sauf les pays exclus dans le cadre de l'application du chapitre « QUELLE EST LA COUVERTURE GEOGRAPHIQUE DU CONTRAT ? ».

ZONE B : PAYS DE L'UNION EUROPEENNE

Allemagne (DE)
Andorre (AD)
Autriche (AT)
Baléares (XA)
Belgique (BE)
Bulgarie (BG)
Chypre (CY)
Croatie (HR)
Danemark (sauf Groenland) (DK)
Espagne continentale (ES),
Estonie (EE)
Finlande (FI)
Grèce (GR)
Hongrie (HU)
Irlande (IE)
Italie (IT)
Lettonie (LV)
Lituanie (LT)
Luxembourg (LU)
Madère (XC)
Malte (MT)
Maroc (MA)
Pays-Bas (NL)
Pologne (PL)
Portugal continental (PT)
République Tchèque (CZ) - (voir aussi Tchèque République)
Roumanie (RO)
Saint-Marin (SM)
Slovénie (SI)
Suède
Tchèque, République (CZ)
Vatican, Etat de la cité du (Saint-Siège) (VA)