

---

*Vous pouvez cliquer ci-dessous sur le titre de vos Conditions Générales pour y accéder directement*

---

**PAGE**

**CONDITIONS GENERALES**

ASSURANCES VOYAGES ANNUELLE ET TEMPORAIRE

AMERICAN EXPRESS MULTIRISQUE ..... 2

**CONDITIONS GENERALES**

ASSURANCES VOYAGES ANNUELLE ET TEMPORAIRE

AMERICAN EXPRESS MEDICALE ..... 19

**CONDITIONS GENERALES**

ASSURANCES VOYAGES ANNUELLE ET TEMPORAIRE

AMERICAN EXPRESS ANNULATION .....28

## CONDITIONS GENERALES ASSURANCES VOYAGES ANNUELLE ET TEMPORAIRE AMERICAN EXPRESS MULTIRISQUE

DUREE DU VOYAGE	ASSURANCE VOYAGE MULTIRISQUE TEMPORAIRE	ASSURANCE VOYAGE MULTIRISQUE ANNUELLE
Durée du Voyage maximale	31 jours	60 jours

### TABLEAU DES GARANTIES

Les indemnités sont indiquées par Personne Assurée et par Voyage, sauf indication contraire.

	ASSURANCE VOYAGE MULTIRISQUE ANNUELLE ET TEMPORAIRE	FRANCHISE par événement
<b>Section A – Assistance médicale, frais médicaux et assistance rapatriement à l'étranger</b>		
Frais médicaux à l'étranger	jusqu'à 150 000 € pour les États-Unis, les Caraïbes et le Canada, jusqu'à 75 000 € pour le reste du monde	75 €
Rapatriement et Évacuation Sanitaire	frais réels	
Soins dentaires d'urgence	250 €	
Présence d'un Parent Proche/ ami si la Personne Assurée est hospitalisée	jusqu'à 100 € par jour, max. 10 jours + billet classe économique	
Prolongation de séjour à la suite d'un traitement médical pour une Personne Assurée/ un accompagnateur	jusqu'à 100 € par jour, max. 10 jours + billet classe économique	
Retour au domicile des enfants	jusqu'à 100 € par jour, max. 3 jours + billet classe économique	
Frais de recherche et de secours	5 000 €	
Enfants nés à la suite de Complications de Grossesse, maximum par événement	jusqu'à 150 000 € pour les États-Unis, les Caraïbes et le Canada, jusqu'à 75 000 € pour le reste du monde	
Frais funéraires à l'étranger et rapatriement de dépouilles mortelles maximum	jusqu'à 4 500 €	-
<b>Section B – Indemnité hospitalisation à l'étranger</b>		
Pour hospitalisation d'au moins 5 jours	jusqu'à 100 € par jour, max. 10 jours	-
<b>Section C – Frais d'annulation et/ ou d'interruption de séjour/ Abandon de Voyage</b>		
Prise en charge des Frais d'annulation et/ ou d'interruption de séjour/ Abandon de Voyage	jusqu'à 500 € ou à concurrence du montant indiqué dans Vos Conditions Particulières	10% du prix du Voyage resté à Votre charge Min. 75 € Max. 500 €
<b>Section D – Départ manqué/ Correspondance manquée</b>		
Départ manqué/ Correspondance manquée	jusqu'à 500 €	-
<b>Section E – Départ retardé</b>		
Départ retardé de plus de 4 heures	jusqu'à 100 €	-
<b>Section F – Non admission à bord d'un avion</b>		
Plus de 4 heures	jusqu'à 500 €	-
<b>Section G – Retard de livraison de Bagages</b>		
Plus de 6 heures	jusqu'à 100 €	75 €
<b>Section H – Objets Personnels, Argent Personnel et perte de Passeport</b>		
Maximum	1 500 €	75€
– Maximum par article	150 €	
– Objets de Valeur, montant total	jusqu'à 250 €	
– Argent Personnel	jusqu'à 250€	
– dont les Espèces	jusqu'à 100 €	
– dont les Espèces, moins de 16 ans	jusqu'à 50 €	
Perte ou vol de passeport (les frais de transport et frais de logement)	jusqu'à 300 €	
<b>Section I – Accident Personnel</b>		
Pertes en vies humaines (personnes âgées de 0 à 17 ans)	jusqu'à 2 500 €	-
Pertes en vies humaines (personnes âgées de 18 à 64 ans)	jusqu'à 15 000 €	
Pertes en vies humaines (personnes âgées de 65 à 80 ans)	jusqu'à 2 500 €	

Invalidité permanente totale, Perte de membres, Perte de la vue (personnes âgées de 0 à 64 ans)	jusqu'à 15 000 €	
Invalidité permanente totale, Perte de membres, Perte de la vue (personnes âgées de 65 à 80 ans)	jusqu'à 2 500 €	
<b>Section J – Responsabilité Civile</b>		
Montant de prise en charge	jusqu'à 1 000 000 €	-
<b>Section K – Assistance juridique à l'étranger</b>		
Prise en charge des intérêts en jeu	jusqu'à 3 000 €	-
<b>Section L – Assistance à domicile</b>		
Prise en charge des frais liés à l'assistance à domicile	jusqu'à 150 €	-
<b>Section M – Couverture Retour Impossible</b>		
Frais de déplacement	jusqu'à 1 500 €	-
Frais d'urgence	jusqu'à 200 € par nuit, max. 5 nuits	
Retour au Domicile des enfants Assurés, Frais de déplacement	jusqu'à 1 500 €	
Retour au Domicile des enfants Assurés, Hébergement et repas supplémentaires	jusqu'à 100 € par nuit, max. 5 nuits	

### OPTIONS DISPONIBLES sous réserve du paiement d'une prime supplémentaire

Voici la liste des Options Disponibles selon l'Assurance Voyages American Express souscrite

	Assurances Voyages Temporaires AmericanExpress Multirisque	Assurances Voyages Annuelles American Express Multirisque
<b>OPTION RACHAT DE FRANCHISE</b>		
Aucune franchise ne s'appliquera sur les garanties énoncées précédemment	X	X
<b>OPTION EXTENSION DES CAUSES D'ANNULATION</b>	X	X
<b>OPTION DOUBLEMENT DES FRAIS MÉDICAUX</b>		
Frais médicaux à l'étranger : 300 000 € pour les Etats-Unis, les Caraïbes et le Canada et 150 000 € pour le reste du monde	X	X
<b>OPTION EXTENSION DE LA DUREE DE SEJOUR</b>		
Durée du Voyage maximale de 90 jours consécutifs		X

**NUMERO DE TELEPHONE D'URGENCE : VEUILLEZ CONTACTER AXA ASSISTANCE AU  
+33 (1)72 25 67 92 Choix 1 24h/24 7j/7**

**NUMERO DE TELEPHONE POUR DECLARER UN SINISTRE : VEUILLEZ CONTACTER AXA ASSISTANCE AU  
+33 (1)72 25 67 92 Choix 2 du lundi au vendredi de 9h à 17h**

## SOMMAIRE

1. PRÉSENTATION GÉNÉRALE .....	3
2. CONDITIONS DE SOUSCRIPTION .....	3
3. CONDITIONS IMPORTANTES A SAVOIR.....	4
4. DÉFINITIONS .....	4
5. DISPOSITIONS GÉNÉRALES .....	7
6. EXCLUSIONS GÉNÉRALES.....	8
7. AIDE D'URGENCE.....	9
8. SECTION A – ASSISTANCE MÉDICALE, FRAIS MÉDICAUX ET ASSISTANCE RAPATRIEMENT À L'ÉTRANGER.....	9
9. SECTION B – INDEMNITÉ HOSPITALISATION À L'ÉTRANGER.....	10
10. SECTION C – FRAIS D'ANNULATION ET/ OU D'INTERRUPTION DE SÉJOUR.....	10
11. SECTION D – DÉPART MANQUÉ/ CORRESPONDANCE MANQUÉE .....	11
12. SECTION E – DÉPART RETARDE/ ABANDON DE VOYAGE12	
13. SECTION F – NON ADMISSION À BORD D'UN AVION	12
14. SECTION G – RETARD DE LIVRAISON DE BAGAGES	13
15. SECTION H – OBJETS PERSONNELS, ARGENT PERSONNEL ET PERTE DE PASSEPORT .....	13
16. SECTION I – ACCIDENT PERSONNEL .....	14
17. SECTION J – RESPONSABILITÉ CIVILE .....	14
18. SECTION K – ASSISTANCE JURIDIQUE À L'ÉTRANGER.	15
19. SECTION L – ASSISTANCE A DOMICILE.....	15
20. SECTION M – RETOUR IMPOSSIBLE.....	15
21. PROCÉDURE DE DEMANDE D'INDEMNISATION.....	16
22. DELAI DE REGLEMENT DES SINISTRES.....	16
23. SUBROGATION DANS VOS DROITS ET ACTIONS .....	16
24. PRIME.....	16
25. REVISION DE LA PRIME.....	16
26. RESILIATION DE LA SOUSCRIPTION .....	16
27. PLURALITE D'ASSURANCES.....	16
28. PROCÉDURE DE RÉCLAMATION .....	16
29. AUTORITE DE CONTROLE .....	17
30. UTILISATION DE VOS DONNÉES PERSONNELLES.....	17

## 1. PRÉSENTATION GÉNÉRALE

Les Conditions Générales de **Votre** contrat d'Assurance Voyage American Express décrivent le détail des garanties, les plafonds et les exclusions qui s'appliquent à chaque **Personne Assurée** et constituent la base sur laquelle **Vos** déclarations de sinistres seront réglées. **Votre** contrat est validé par l'émission des **Conditions Particulières** qui doivent être jointes aux Conditions Générales. Si un renseignement figurant dans les **Conditions Particulières** est erroné, ou en cas d'évolution de **Vos informations** de quelque manière que ce soit, **Vous** êtes tenu de contacter **AXA Assistance** dans les meilleurs délais au +33 (1)72 25 67 92 choix 3 du lundi au vendredi de 9h à 17h.

En contrepartie du paiement de la prime, **Nous Vous** fournirons les assurances conformément aux différents chapitres des Conditions Générales auxquelles font référence **Vos Conditions Particulières**. Toutes les garanties et **Franchises** sont applicables par **Personne Assurée**, par section applicable et par **Voyage** tel que détaillé dans le **Tableau des Garanties**.

American Express Carte-France, société de courtage d'assurances, intervient en tant que courtier.

American Express Carte-France, société anonyme au capital de 77 873 000 euros, RCS de Nanterre 313 536 898, dont le siège social est situé 4, rue Louis Blériot – 92561 Rueil-Malmaison Cedex, Courtier d'assurance immatriculé à l'Orias sous le n° 07 023 512 (www.orias.fr).

## ASSUREUR

Les garanties au titre du présent contrat sont souscrites par Inter Partner Assistance (IPA), dont le siège social est sis au 10/11 Mary Street, Dublin 1, Irlande (numéro d'immatriculation de la société 906006) et qui est soumis à l'autorité de la Banque Centrale Irlandaise. IPA est une succursale d'Inter Partner Assistance SA, société belge sise Avenue Louise, 166 bte1, 1050, Bruxelles, qui est autorisée à exercer par la Banque

Nationale de Belgique. Certains des services fournis au titre du présent contrat seront fournis par le représentant d'IPA, AXA Travel Insurance (numéro d'immatriculation de la société : 426087), sis à la même adresse en Irlande. Toutes ces sociétés font partie du Groupe AXA Assistance.

## 2. CONDITIONS DE SOUSCRIPTION

### PAYS DE RÉSIDENCE

Désigne le pays dans lequel se situe **Votre** résidence fiscale (devant être justifiable par tout document officiel), avant la date d'émission du présent contrat d'assurance. **Vous** ne pouvez pas souscrire à ce contrat, à moins de résider en **France** de façon permanente.

### ACHAT/ RENOUELEMENT

Les garanties acquises au titre du présent contrat sont effectives à compter de la date d'effet mentionnée aux **Conditions Particulières**.

- Pour les Assurances Voyages Temporaires American Express, elles cessent à la date de retour de **Votre Voyage** mentionnée dans **Vos Conditions Particulières**.

- Pour les Assurances Voyages Annuelles American Express, le contrat est valable 1 an à compter de sa date d'effet mentionnée aux **Conditions Particulières**. A l'issue de cette première période, il est reconductible tacitement d'année en année à sa date d'échéance et il peut être résilié par le **Souscripteur** moyennant un préavis de deux mois.

Le contrat d'Assurance Voyage Annuelle American Express Multirisque devra prendre effet dans les 30 jours suivant sa date de souscription.

Afin d'assurer une couverture continue dans le cadre d'une Assurance Voyage Annuelle American Express, **Nous** conserverons les renseignements relatifs à **Votre** paiement afin que **Nous** puissions continuer à encaisser les primes lorsque **Nous** renouvelons **Votre** contrat. Chaque année, **Nous Vous** ferons parvenir une notification préalable au renouvellement, **Vous** informant de toute éventuelle modification apportée à **Vos Conditions Particulières** et pour **Vous** conseiller de consulter les Conditions Générales afin de vérifier si elles répondent à **Vos** besoins.

### DELAÏ DE RETRACTATION

Pour les Assurances Voyages Annuelles American Express, **Vous** avez la possibilité de renoncer librement et sans pénalité aux garanties du contrat dans un délai de 14 jours calendaires révolus à compter de **Votre** souscription, sous réserve que **Vous** n'ayez pas voyagé et qu'aucune demande d'indemnisation n'ait été présentée. **Nous Vous** rembourserons la prime dans son intégralité. Pour résilier ce contrat **Vous** devrez adresser une lettre de renonciation, dûment complétée, datée et signée avant l'expiration de ce délai de 14 jours à l'adresse suivante : AXA Assistance, Service Gestion Assurance Voyages American Express, BP 70068, 77214 Avon Cedex (France). Ci-joint un modèle de lettre de renonciation : "Je soussigné(e), Nom, Prénom, date et lieu de naissance - souhaite renoncer aux garanties du contrat d'Assurance Voyage American Express auquel j'ai adhéré le...(Date). Fait à (lieu). Le (Date) et signature: ...".

Pour les Assurances Voyages Temporaires American Express, **Vous** ne bénéficiez pas de faculté de rétractation.

### TYPE D'ASSURANCE ET DE COUVERTURE

L'Assurance Voyage American Express Multirisque peut être Temporaire ou Annuelle. Pour plus de détails sur **Votre** contrat, veuillez **Vous** référer à **Vos Conditions Particulières** où apparaît la couverture de **Votre** choix.

En cas de souscription à un contrat d'Assurance Voyage Annuelle American Express, les garanties sont acquises à condition de ne pas voyager plus de 183 jours par an.

Les **Voyages en France** doivent être d'au moins 25 Km depuis **Votre Domicile** et ne sont couverts que si **Vous** avez réservé au préalable soit des billets de voyage par air, train (TGV ou Grandes Lignes) ou mer soit au moins une nuit dans un hôtel, un motel, un centre de vacances, chambre d'hôtes, un camping ou tout autre logement assimilé qui peut être loué contre paiement.

À noter que si **Votre Voyage** excède :

- 31 jours consécutifs pour la souscription d'une Assurance Voyage Temporaire American Express, **Vous** ne serez plus couvert à partir du 32<sup>ème</sup> jour.
- 60 jours consécutifs pour la souscription d'une Assurance Voyage Annuelle American Express sans l'**Option Extension de la durée du séjour**, **Vous** ne serez plus couvert à partir du 61<sup>ème</sup> jour.
- 90 jours consécutifs pour la souscription d'une Assurance Voyage Annuelle American Express avec l'**Option Extension de la durée du séjour**, **Vous** ne serez plus couvert à partir du 91<sup>ème</sup> jour.

#### OPTIONS DISPONIBLES

**Vous** avez la possibilité de souscrire à des **Options Disponibles** qui figureront dans **Vos Conditions Particulières** si **Vous** avez réglé la prime correspondante.

#### TYPE DE CONTRATS

Individuel – l'**Assuré Principal**.

Couple – l'**Assuré Principal** et son conjoint, partenaire civil (engagés dans une union de fait) ou fiancé(e), engagés ensemble dans une relation privée et résidant à la même adresse. Dans le cadre de l'Assurance Voyage Annuelle American Express, l'**Assuré Principal** et l'autre **Assuré** adulte sont couverts pour les **Voyages** de manière distincte et pour différentes destinations.

Famille – l'**Assuré Principal** et son conjoint demeurant à la même adresse et leurs enfants, beaux enfants ou enfants adoptifs âgés de moins de 18 ans, ou enfants célibataires de moins de 25 ans fiscalement à charge qui accompagnent les parents ou tout tuteur légal assuré en vertu des mêmes Conditions Générales et dont le nom figure sur les **Conditions Particulières**, participant à tout **Voyage** pour une même destination. Dans le cadre de l'Assurance Voyage Annuelle American Express, l'**Assuré Principal** et les autres **Assurés** sont couverts pour les **Voyages** de manière distincte et pour différentes destinations.

Famille monoparentale – l'**Assuré Principal** et ses enfants, beaux enfants ou enfants adoptifs âgés de moins de 18 ans ou enfants célibataires de moins de 25 ans fiscalement à charge, qui accompagnent le parent ou tout tuteur légal assuré en vertu des mêmes Conditions Générales, participant à tout **Voyage** pour une même destination. Dans le cadre de l'Assurance Voyage Annuelle American Express Multirisque, l'**Assuré Principal** et les autres **Assurés** sont couverts pour les **Voyages** de manière distincte et pour différentes destinations.

Groupe - l'**Assuré Principal** et jusqu'à un maximum de 9 autres personnes, voyageant ensemble lors d'un **Voyage** vers une destination commune couvert par un contrat d'Assurance Voyage Temporaire American Express.

#### SANCTIONS APPLICABLES EN CAS DE FAUSSE DECLARATION A LA SOUSCRIPTION

Toute réticence ou fausse déclaration, toute omission ou inexactitude dans la déclaration du risque est sanctionnée dans les conditions prévues par les articles L113-8 et L113-9 du Code des Assurances :

- En cas de mauvaise foi de votre part : par la nullité du contrat
- Si votre mauvaise foi n'est pas établie : par une réduction de l'indemnité en proportion de la prime payée par rapport à la prime qui aurait été due si le risque avait été complètement et exactement déclaré.

### **3. CONDITIONS IMPORTANTES A SAVOIR**

1. Les demandes d'indemnisation découlant directement ou indirectement de tout **Etat Préexistant** ne sont PAS couvertes.
2. **Vous** ne serez PAS couvert par ces garanties si **Vous** voyagez contre l'avis d'une **Autorité Médicale** (ou si **Vous** voyagez contre l'avis d'une **Autorité Médicale** que **Vous** auriez pu consulter) ;
3. **Vous** ne serez PAS couverts par les garanties quand **Vous** entreprenez un **Voyage** à l'étranger dans le but d'obtenir un traitement ou une consultation médicale ;
4. **Vous** ne serez PAS couverts par les garanties si **Vous** avez un symptôme non diagnostiqué qui requiert une attention toute particulière ou un examen dans le futur, c'est-à-dire un symptôme pour lequel **Vous** attendez des examens ou des consultations, ou des résultats d'examens, lorsque la cause sous-jacente n'a pas été établie.
5. Si **Vous** êtes victime d'une blessure, d'une maladie, d'une perte, d'un vol ou d'un dommage, **Vous** devez immédiatement appeler **AXA Assistance** au +33 (1)72 25 67 92 choix 1 pour signaler une **Urgence Médicale**, demander un rapatriement, signaler une perte, un vol ou un dommage.
6. Dans le cas d'un **Fait Générateur** qui entraîne une **Interruption de Voyage** et **Votre** retour anticipé au **Domicile**, **Vous** devez contacter **AXA Assistance**. Ce service est disponible 24 heures sur 24 et 365 jours par an afin de **Vous** apporter conseil et assistance pour **Votre** retour au **Domicile**. **AXA Assistance** organise **Votre** transport au **Domicile** lorsque **Vous** avez été informé de la maladie grave, du décès imminent ou du décès d'un **Parent Proche** au pays de **Votre Domicile**.
7. Ces garanties et Conditions Générales seront régies par, et soumises au droit français.
8. Toutes les indemnisations répertoriées dans le **Tableau des Garanties** sont indiquées par **Personne Assurée** et par **Voyage**, sauf indication contraire.

### **4. DÉFINITIONS**

Chaque mot ou expression à laquelle une signification particulière est donnée a le même sens tout au long des présentes Conditions Générales (sauf indication contraire) et apparaît en gras.

#### **Accident Corporel**

– blessure corporelle identifiable causée par une action extérieure, soudaine, violente, inattendue et précise. Une blessure occasionnée par une exposition inévitable aux éléments naturels est considérée comme un **Accident Corporel**.

#### **Acte de Terrorisme**

– acte commis pour des raisons politiques, religieuses, idéologiques ou autres dans l'intention d'influencer un gouvernement ou d'effrayer la société ou une partie de la société, y compris mais non limité à l'usage de la force ou de la violence et/ ou de menaces de la part de toute personne ou groupe(s) de personne, qu'elle agisse seule, pour le compte de, ou en rapport avec une (des) organisation(s) ou un (des) gouvernement(s).

#### **Argent Personnel**

– billets de banque, coupures et pièces en vigueur, chèques de voyage et autres chèques, mandats-cartes et mandats postaux, coupons ou bons prépayés, titres de transport, bons d'hébergement, tous détenus à des fins privées.



### **Atteinte(s) Corporelle(s)**

– toute maladie, affection, ou blessure médicale ou psychologique.

### **Assuré Principal**

– la personne désignée en premier sur les **Conditions Particulières**.

### **Autorité Médicale**

– personne titulaire d'un diplôme de médecine ou de chirurgie dûment autorisée à exercer, reconnue par la loi du pays où le traitement est dispensé et qui, en dispensant ce traitement, exerce dans le champ d'application de son autorisation et de sa formation, et qui n'a aucun lien de parenté ou autre avec **Vous** ou un compagnon de voyage.

### **AXA Assistance**

– le prestataire de service, dépendant d'AXA Travel Insurance 10/11 Mary Street, Dublin 1, Irlande (numéro d'immatriculation de la société 426087).

### **Bagages**

– **Bagages** enregistrés contenant des **Objets personnels**.

### **Complications de Grossesse**

– les complications suivantes imprévues de grossesse, telles que certifiées par une **Autorité Médicale** : toxémie ; hypertension gestationnelle ; pré-éclampsie ; grossesse extra- utérine ; môle hydatiforme (grossesse molaire) ; hyperémèse ; hémorragie du troisième trimestre ; décollement placentaire, placenta praevia, hémorragie de la délivrance ; membrane à rétention placentaire ; fausse couche ; mort à la naissance ; césarienne d'urgence par nécessité médicale/ interruption médicalement nécessaire et toutes naissances prématurées ou tentatives d'accouchement avant terme plus de 8 semaines (ou 16 semaines dans le cas d'une grossesse multiple) avant la date prévue de l'accouchement.

### **Caraïbes**

- Anguilla, Antigua et Barbuda, Antilles néerlandaises, Aruba, Bahamas, Barbade, Bermudes, îles Vierges britanniques, les îles Cayman, Cuba, Dominique, Grenade, Guadeloupe, Haïti, Jamaïque, Martinique, Montserrat, île de Navassa, Porto Rico, République dominicaine, Saint Barthélemy, Saint-Kitts-et-Nevis, Sainte-Lucie, Saint Martin, Saint-Vincent-et-les-Grenadines, Trinité-et-Tobago, Turks et Caïques, les îles Vierges américaines.

### **Conditions Particulières**

– document, émis lors de la souscription au présent contrat et prenant effet à compter de **Notre** acceptation de la prime. Elles comprennent les renseignements fournis à AXA Travel Insurance : le type de contrat, la liste des **Personnes Assurées**, le niveau de couverture choisi, la **Période de Couverture**, la **Territorialité**, les restrictions d'âge, le montant de la prime ainsi que les options achetées.

### **Conseiller**

– avocats spécialisés ou leurs représentants.

### **Domicile**

– **Votre** lieu de résidence habituel dans **Votre Pays de Résidence**.

### **État(s) Préexistant(s)**

– toute **Atteinte Corporelle** passée ou présente ayant provoqué des symptômes, ou pour laquelle toute forme de traitement ou de prescription, consultation médicale, examen ou suivi/ bilan de santé a été requis ou reçu au cours des 12 mois précédant l'entrée en vigueur de la couverture au titre des présentes Conditions Générales et/ ou précédant tout **Voyage**.

### **Fait Générateur**

– l'**Accident Corporel**, l'**Atteinte Corporelle**, le décès, le problème juridique ou tout évènement justifiant **Notre**

intervention tel que stipulé au niveau des garanties du présent contrat.

### **Frais de Conseiller**

– frais et débours raisonnables engagés par le **Conseiller** avec **Notre** autorisation écrite préalable. Les dépenses juridiques et comptables seront estimés sur la base standard et les dépens de tiers seront couverts s'ils sont mis à **Votre** charge et déboursés sur la base d'évaluation standard.

### **France**

– France métropolitaine (Corse comprise), Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion et Mayotte.

### **Franchise(s)**

– dans la plupart de **Nos** garanties, une franchise est appliquée. La **Franchise** est le montant resté à **Votre** charge pour chaque demande d'indemnisation et chaque **Fait Générateur** et pour chaque **Personne Assurée** comme indiqué dans le **Tableau des Garanties**, sauf si **Vous** avez choisi de souscrire l'**Option Rachat de Franchise**.

Une **Franchise** de 200 € s'appliquera à toute déclaration de sinistre liée à la Section A – Assistance médicale, frais médicaux et assistance rapatriement à l'étranger si **Vous** avez pris part à une activité du Groupe B – **Sports et Activités**. Cette **Franchise** ne peut pas être réduite ou supprimée par la souscription à l'**Option Rachat de Franchise**.

### **Grève ou mouvement social**

– toute forme de mouvement social entamé dans le but d'arrêter, limiter ou entraver la production de biens ou la prestation de services.

### **Incapacité Permanente Totale**

– incapacité qui, du fait d'avoir duré pendant une période d'au moins 12 mois consécutifs à partir de la date de survenance, **Vous** empêchera, d'après l'avis d'un expert qualifié indépendant, de **Vous** investir dans, ou de **Vous** occuper de toute activité commerciale ou professionnelle pendant le reste de **Votre** vie.

### **Interruption de Voyage/ Interrompre Votre Voyage**

– écourter **Votre Voyage** en retournant au **Domicile** en raison d'une urgence sous réserve de notre autorisation.

### **Matériel Professionnel**

– objets que **Vous** utilisez pour **Vos** activités professionnelles comprenant le matériel de bureau de conception portative, y compris, de manière non limitative, les ordinateurs personnels, les téléphones et les calculatrices.

### **Mauvaises conditions climatiques**

– pluie, vent, brouillard, tonnerre ou éclair, inondation, neige, neige fondue, grêle, ouragan, cyclone, tornade ou tempête tropicale qui n'est pas causé par, ou ne trouve pas son origine dans un événement géologique ou une catastrophe naturelle tel que, notamment, un tremblement de terre, une éruption volcanique ou un tsunami.

### **Moyen de Transport Public**

– tout autobus, taxi, ferry-boat, aéroglisseur, hydrofoil, navire, train, tramway ou métro appartenant et exploité par un transporteur dûment agréé pour le transport payant de passager, et tout avion appartenant et exploité par une compagnie régulière ou charter dûment agréée pour le transport payant de passagers sur lignes régulières, et pour lequel **Vous** avez réservé **Votre Voyage**.

### **Notre/ Nos/ Nous**

– Inter Partner Assistance, 10/11 Mary Street, Dublin 1, Irlande, et/ ou Inter Partner Assistance SA (IPA), Avenue Louise, 166 bte1, 1050, Bruxelles, Belgique et/ ou AXA Travel Insurance, sis à la même adresse en Irlande. Toutes ces sociétés font partie du Groupe AXA Assistance.

### Objets de Valeur

– les bijoux, l'or, l'argent, les métaux précieux, les objets en pierres précieuses ou semi-précieuses, les montres, les fourrures, les objets en cuir, les appareils photo, les caméscopes, les équipements audio, vidéo et photographique, les ordinateurs, les téléviseurs, les équipements de télécommunication (y compris les CD, les DVD, les cassettes, les films, les cartouches et les casques), les consoles de jeux vidéo et les équipements connexes, les télescopes, les jumelles, les lecteurs de DVD portable, les iPad et autres tablettes, les lecteurs MP3 et MP4 et les autres objets d'une valeur supérieure à 2 500 €.

### Objets Personnels

– vêtements, effets personnels et autres objets qui **Vous** appartenez et que **Vous** portez, utilisez ou transportez lors de tout **Voyage**, pendant **Votre Voyage**.

### Option Doublement des frais médicaux

– Cette option **Vous** permet de doubler le plafond des frais médicaux. Nous remboursons à concurrence du plafond par Voyage indiqué dans le Tableau des **Options Disponibles** qui se trouve sous le **Tableau des Garanties**. Elle figurera dans **Vos Conditions Particulières** si **Vous** avez réglé la prime correspondante.

### Option Extension de la durée du séjour

– Cette option **Vous** permet d'étendre la durée maximum de **Vos Voyages** à 90 jours consécutifs au lieu de 60 jours consécutifs initialement prévu au présent contrat d'Assurance Voyage Annuelle American Express et figurera dans **Vos Conditions Particulières** si **Vous** avez réglé la prime correspondante.

### Option Extension des motifs d'annulation

– Un événement aléatoire, quel qu'il soit, constituant un obstacle immédiat, réel et sérieux, empêchant **Votre** départ et/ou l'exercice des activités prévues pendant **Votre Voyage**.

Par événement aléatoire, **Nous** entendons toute circonstance soudaine, imprévisible et indépendante de la volonté de l'**Assuré** justifiant l'annulation du **Voyage**. L'événement aléatoire doit avoir un lien de causalité direct avec l'impossibilité de partir.

Si **Vous** ne pouvez pas établir la réalité de la situation ouvrant droit à **Nos** prestations et si les informations fournies ne prouvent pas la matérialité des faits, **Nous** pouvons refuser **Votre** demande.

### Option Rachat de Franchise

– **Vous** pourrez choisir de régler une prime supplémentaire pour acquérir l'Option Rachat de Franchise. En achetant l'Option Rachat de Franchise, **Vous** ne serez plus responsable financièrement à titre personnel de la **Franchise** lors de la présentation d'une demande d'indemnisation. **Vous** ne pourrez pas opter pour l'achat de l'Option Rachat de Franchise dès lors que **Vous** avez réellement connaissance d'une éventuelle demande d'indemnisation ou qu'une de **Vos** demandes d'indemnisation est à l'étude.

Une **Franchise** de 200 € s'appliquera à toute déclaration de sinistre liée à la Section A – Assistance médicale, frais médicaux et assistance rapatriement à l'étranger si **Vous** avez pris part à une activité du Groupe B – **Sports et Activités**. Cette **Franchise** ne peut pas être réduite ou supprimée par la souscription à l'Option Rachat de Franchise.

### Paire ou Ensemble

– Objets faisant partie d'un ensemble ou qui sont normalement utilisés ensemble.

### Panel

– **Notre** panel de **Conseillers** que **Nous** pouvons désigner pour agir pour **Votre** compte.

### Parent Proche

– La mère, le père, la sœur, le frère, l'épouse, l'époux, la fille, le fils, le grand-père, la grand-mère, le beau-père, la belle-mère, la belle-fille, le beau-fils, la belle-sœur, le beau-frère, le tuteur légal, le conjoint ou concubin demeurant sous le même toit que l'**Assuré Principal**.

### Pays de Résidence

– pays dans lequel **Vous** résidez fiscalement. Pour souscrire à ce contrat **Vous** devez résider en **France** de façon permanente.

### Période de Couverture

– Si **Vous** avez souscrit une Assurance Voyage Annuelle American Express: il s'agit de la période pour laquelle **Nous** avons accepté la prime indiquée aux **Conditions Particulières**.

Au titre de la Section C – Frais d'annulation ou d'interruption de **Voyage**, la garantie Annulation prend effet à la date de paiement de **Votre** contrat ou bien à la date de paiement de **Votre Voyage** (la date la plus récente étant retenue) et prendra fin au début de **Votre Voyage**.

Tout **Voyage** qui aurait déjà été entamé lors de **Votre** acquisition de cette assurance ne sera pas couvert, sauf si **Vous** renouvelez un contrat d'Assurance Voyage Annuelle American Express existant, dont la date de renouvellement surviendrait lors du **Voyage** et sous réserve qu'il n'y ait aucune interruption dans la couverture.

– Si **Vous** avez souscrit un contrat d'Assurance Voyage Temporaire American Express: il s'agit de la durée de **Votre Voyage** qui ne doit en aucun cas excéder la période de validité des garanties indiquées sur les **Conditions Particulières**.

Au titre de la Section C – Frais d'annulation ou d'interruption de **Voyage**, la garantie Annulation prend effet à la date de paiement de **Votre** contrat ou bien à la date de paiement de **Votre Voyage** (la date la plus récente étant retenue) et prendra fin au début de **Votre Voyage**.

– Pour toutes les sections des Conditions Générales autres que la couverture d'annulation de la section C – Frais d'annulation ou d'interruption de **Voyage**, les garanties entrent en vigueur au moment où **Vous** quittez **Votre Domicile** ou hôtel, ou **Votre** lieu de travail (selon l'endroit que **Vous** quittez en dernier) pour commencer le **Voyage**, et prennent fin au moment où **Vous** retournez à **Votre Domicile**, hôtel ou lieu de travail (selon l'endroit où **Vous** arrivez en premier) à l'issue du **Voyage**.

### Extension de la Période de Couverture

La **Période de Couverture** est automatiquement étendue jusqu'à **Votre** retour dans **Votre Pays de Résidence** lorsque celui-ci est inévitablement retardé suite à un événement couvert au titre des présentes Conditions Générales.

### Perte de la vue

– perte irrémédiable de la totalité de la vue d'un œil ou des deux yeux ; elle est considérée effective si le degré de vue restant après correction est de 3/60 ou moins sur l'échelle de Snellen. (Cela signifie voir à 90 cm ou moins ce que **Vous** devriez voir à 18 m.)

### Perte d'un membre

– perte par rupture physique, ou perte permanente totale et irrémédiable de l'usage ou de la fonction d'un bras, au niveau ou au-dessus du poignet, ou d'une jambe au niveau ou au-dessus de la cheville.

### Sans Surveillance

– lorsque **Vous** ne pouvez exercer une surveillance directe de **Votre** bien ou véhicule et que **Vous** n'êtes pas en mesure d'empêcher un acte frauduleux sur **Votre** bien ou véhicule.

#### Souscripteur

– le titulaire d'une carte American Express dont l'émetteur est American Express Carte-France et qui est la personne qui a demandé l'établissement du contrat d'assurance ; ou  
– le titulaire d'une carte Visa ou MasterCard et qui est la personne qui a demandé l'établissement du contrat d'assurance.

#### Sports et Activités

**Vos Conditions Générales** couvrent de nombreux **Sports et Activités** courants qui sont répertoriés ci-dessous dans le Groupe A, mais elles fournissent une couverture limitée pour les **Sports et Activités** répertoriés dans le Groupe B.

Groupe A – Les **Sports et Activités** suivants seront automatiquement couverts au titre des **Conditions Générales** : badminton, baseball, basketball, bowling, promenade en chameau, canoë (jusqu'au niveau/ à la classe 2), cricket, promenade en éléphant, pêche, football, golf, hockey, randonnées à cheval, kitesurf, netball, course d'orientation, randonnée à poney, racquetball, roller, course à pied, voile (à moins de 20 miles nautiques des côtes), plongée sous-marine (sans diplôme et à moins de 18 mètres de profondeur), squash, surf, tennis de table, tennis, trampoline, randonnée (jusqu'à 4 000 mètres sans utiliser de matériel d'escalade), volleyball, water-polo, ski nautique, planche à voile, navigation de plaisance (à moins de 20 miles nautiques des côtes), zorbing.

Groupe B – Les **Sports et Activités** suivants seront également couverts, mais aucune couverture ne sera mise à disposition pour la Section I – Accident Personnel ou la Section J – Responsabilité Civile. Quant à la Section A – Assistance médicale, frais médicaux et assistance rapatriement à l'étranger, elle fera l'objet d'une **Franchise** de 200 €. (Cette **Franchise** plus élevée ne peut être réduite ou supprimée par l'achat de l'**Option Rachat de Franchise**) : descente en rappel, tir à l'arc, canoë (jusqu'au niveau/ à la classe 3 à 4), tir au pigeon d'argile, course à pied en montagne, escrime, karting, équitation, montgolfière, jet bike, scooter des mers, V.T.T. sur piste, paintball, voile (à plus de 20 miles nautiques des côtes), plongée sous-marine (avec diplôme et à moins de 40 mètres de profondeur, jeux de guerre, navigation de plaisance (à plus de 20 miles nautiques des côtes).

#### Tableau des Garanties

– tableau énumérant les montants d'indemnisation et figurant aux pages 1 et 2 des présentes **Conditions Générales**.

#### Territorialité

– Si **Vous** avez choisi :

1. Europe : les **Voyages** dans les pays suivants sont couverts : Albanie, Allemagne, Andorre, Autriche, Biélorussie, Belgique, Bosnie Herzégovine, Bulgarie, Cité du Vatican, Chypre, Croatie, Danemark, Egypte, Espagne, Estonie, Finlande, France, Géorgie, Grèce, Hongrie, Islande, Irlande, Îles Anglo-Normandes (bailliages de Guernesey et de Jersey, Sercq et Herm), Isle of Man, Italie, Lettonie, Liechtenstein, Lituanie, Luxembourg, Macédoine, Malte, Moldavie, Monaco, Monténégro, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République Tchèque, Roumanie, Royaume-Uni Russie à l'ouest de l'Oural, San Marin, Serbie, Slovaquie, Slovénie, Suède, Suisse, Turquie et Ukraine.
2. Monde entier hors Etats-Unis d'Amérique : les **Voyages** dans le monde entier sont couverts à l'exception des **Voyages** aux Etats-Unis d'Amérique.
3. Monde entier (y compris Etats-Unis d'Amérique) : les **Voyages** dans le Monde Entier sont couverts.

#### Urgence Médicale

– **Accident Corporel** ou maladie soudaine et imprévue que **Vous** subissez pendant que **Vous** êtes en **Voyage** en dehors du **Pays de Résidence** et pour lequel une **Autorité Médicale**

agréée **Vous** indique que **Vous** devez immédiatement recevoir un traitement ou une prise en charge médicale.

#### Vétusté

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

#### Vous/ Votre/ Vos/ Personne(s) Assurée(s)

– chaque personne participant à un **Voyage** et dont le nom figure dans les **Conditions Particulières**.

#### Voyage

– Séjour ou déplacement à titre privé ou professionnel effectué dans la **Territorialité** pendant la **Période de Couverture**.

Les **Voyages** doivent commencer et se terminer dans le **Pays de Résidence**.

Les **Voyages** en France doivent être d'au moins 25 Km depuis **Votre Domicile** et ne sont couverts que si **Vous** avez réservé au préalable soit des billets de **Voyage** par air, train (TGV ou Grandes Lignes) ou mer soit au moins une nuit dans un hôtel, un motel, un centre de vacances, chambre d'hôtes, un camping ou tout autre logement assimilé qui peut être loué contre paiement.

## 5. DISPOSITIONS GÉNÉRALES

**Vous** devrez respecter les conditions suivantes en plus des points répertoriés dans les CONDITIONS SPÉCIALES dans les Sections A à M ci-dessous, afin de bénéficier de la protection complète prévue par les dispositions du **Tableau des Garanties**. Si **Vous** ne remplissez pas ces conditions, **Nous** pouvons être amenés à refuser **Votre** demande d'indemnisation ou à réduire l'indemnisation qui **Vous** sera versée.

1. **Vous** devez prendre toutes les précautions et toutes les mesures raisonnables pour **Vous** protéger contre les accidents, les maladies ou les blessures et pour éviter que **Vos** biens ne soient perdus, volés ou endommagés. **Vous** devez agir comme si **Vous** n'étiez pas couvert, prendre des mesures pour réduire **Vos** pertes le plus possible et prendre des mesures raisonnables pour empêcher tout sinistre ultérieur et pour récupérer les biens manquants.
2. Dans le cas d'un **Fait Générateur** qui entraîne une **Interruption de Voyage** et **Votre** retour anticipé au **Domicile**, **Vous** devez contacter **AXA Assistance**. Ce service est disponible 24 heures sur 24 et 365 jours par an afin de **Vous** apporter conseil et assistance pour **Votre** retour au **Domicile**. **AXA Assistance** organise **Votre** transport au **Domicile** lorsque **Vous** avez été informé d'une maladie grave, du décès imminent ou du décès d'un **Parent Proche** dans **Votre Pays de Résidence**.
3. **Vous** devez **Nous** informer dès que possible en cas d'urgence ou si **Vous** êtes hospitalisé (tous les coûts engendrés par une maladie ou blessure bénigne doivent être supportés par **Vous** puis faire l'objet d'une demande d'indemnisation).
4. **Nous** **Vous** demandons de **Nous** informer dans les 28 jours suivant **Votre** découverte de tout sinistre ou perte conduisant à une demande d'indemnisation, et de **Nous** retourner **Votre** formulaire de demande d'indemnisation rempli et toute information complémentaire dès que possible.
5. **Vous** devez signaler tout incident à la police locale du pays où il s'est produit et établir un procès-verbal de délit ou de vol de bien, comportant un numéro d'incident.
6. **Vous** ne devez abandonner aucun bien avant que **Nous** ayons pris en charge ou mis au rebut tout bien endommagé car il se peut que **Nous** ayons besoin de le voir.
7. **Vous** ou **Vos** représentants légaux devez fournir à **Vos** frais toutes les informations, preuves, certificats médicaux, factures originales, reçus, rapports, assistance qui peuvent s'avérer nécessaires y compris les données d'autres contrats d'assurance qui peuvent couvrir la perte. **Nous** pouvons refuser de **Vous** indemniser pour les frais pour



lesquels **Vous** n'êtes pas en mesure de fournir des reçus ou des factures. Merci de conserver des copies de tous les documents que **Vous Nous** envoyez.

8. **Vous** ne devez accepter, refuser, régler, rejeter, négocier ou prendre aucune disposition concernant une demande d'indemnisation sans **Notre** autorisation.
9. **Vous** devez également **Nous** envoyer sans tarder toute assignation ou citation à comparaître, courrier de demande d'indemnisation ou autre document relatif à cette demande d'indemnisation.
10. En cas de demande d'indemnisation et si **Nous** l'exigeons, **Vous** devez accepter d'être examiné par une **Autorité Médicale** de **Notre** choix, à **Nos** frais. Si **Vous** venez à décéder, **Nous** pouvons également être amenés à demander un examen post-mortem effectué à **Nos** frais.
11. Si **Nous** assurons le transport ou réglons **Votre** demande d'indemnisation et qu'en conséquence, **Vous** avez un ou des billets de transport inutilisés, **Vous** devez **Nous** restituer ces billets. Si **Vous** ne le faites pas, **Nous** déduirons le prix de ces billets de toute somme qui **Vous** sera versée.
12. **Nous** avons le droit, si **Nous** le choisissons, en **Votre** nom mais à **Nos** frais, de :
  - a) reprendre la défense ou la conclusion de toute demande d'indemnisation ;
  - b) entamer des poursuites judiciaires en **Votre** nom pour recevoir une indemnisation d'un tiers pour **Notre** propre bénéfice ou pour récupérer auprès d'un tiers tout versement déjà effectué ;
  - c) prendre toute mesure pour récupérer tout bien perdu ou tout bien que **Vous** croyez avoir perdu.
13. Si **Vous** ou toute personne agissant pour **Vous** à tous égards, essayez de **Vous** procurer des fonds, des informations ou autres biens par la tromperie ou tout autre moyen illégal, y compris une fausse déclaration ou une omission de faits intentionnelle afin de présenter sous un faux jour la situation réelle, le présent contrat sera nul et non avenu. **Nous** pouvons en informer les autorités de police et **Vous** devrez **Nous** rembourser toute somme déjà perçue au titre du présent contrat.
14. Si **Nous** effectuons toute dépense pour laquelle **Vous** n'êtes pas couvert, **Vous** devrez la rembourser le mois suivant **Notre** demande de remboursement.
15. **Nous Nous** efforcerons d'appliquer la gamme complète de services dans toutes les circonstances, comme indiqué dans **Votre** contrat. Les zones géographiques reculées ou des conditions défavorables imprévisibles dans l'environnement local peuvent empêcher la prestation du niveau de service normal.
16. Si **Vous** êtes couvert pour les mêmes garanties auprès d'autres assureurs, **Vous** devez **Nous** en informer et **Nous** communiquer leurs coordonnées ainsi que l'étendue de leurs garanties, conformément à l'article L121-4 du Code des Assurances. **Vous** pouvez obtenir l'indemnisation de **Vos** dommages en **Vous** adressant à l'assureur de **Votre** choix.
17. **Vous** êtes tenu de **Vous** adresser en premier lieu auprès de **Votre** Caisse Primaire d'Assurance Maladie, prestataire de services de santé et/ ou tout autre organisme d'assurance voyages pour demander l'indemnisation de tous frais d'hospitalisation à l'étranger à concurrence de toutes les limites applicables.
18. Avant de **Voyager** vers un pays de l'Union Européenne, de l'Espace Économique Européen ou vers la Suisse, **Vous** devez obtenir une Carte Européenne d'Assurance Maladie.

## 6. EXCLUSIONS GÉNÉRALES

Ces exclusions s'appliquent à l'ensemble de **Votre** contrat en plus des points répertoriés dans la partie CE QUI N'EST PAS COUVERT dans les Sections A à M ci-dessous. **Nous** ne paierons aucune indemnité pour les sinistres découlant directement ou indirectement de :

1. Tout **État Préexistant**.
2. **Votre** participation à ou la pratique de sport ou d'activité sauf dans la mesure où cela serait indiqué comme étant couvert au titre de la définition **Sports et Activités**.

3. **Votre** participation à, ou la pratique de : activité manuelle à l'exception de : travail dans un bar, un restaurant ou un chalet, en tant que serveur, femme de ménage, fille au pair ou gardien d'enfants, et activité manuelle légère occasionnelle au niveau du sol y compris les travaux de vente au détail et la cueillette de fruits ; l'usage d'outils coupants, d'outils et de machines électriques ; le transport aérien sauf en tant que passager payant d'un appareil autorisé pour le transport de passagers ; l'utilisation de véhicules à deux ou trois roues sauf si **Vous** détenez un permis de conduire émis par **Votre Pays de Résidence** autorisant l'utilisation de ce type de véhicules, et si **Vous** et **Vos** passagers portez tous des casques ; la pratique d'une profession de spectacles ; les sports pratiqués de façon professionnelle ; la course (autre qu'à pied) ; les rallyes ou compétitions en véhicule à moteur ; ou tout test d'endurance ou de vitesse ; de la pratique d'un sport ou d'une activité sportive à titre professionnel ou dans le cadre d'une compétition (y compris l'entraînement, les essais et les épreuves).
4. Toute demande d'indemnisation résultant de **Votre** suicide ou tentative de suicide ; d'une blessure que **Vous** seriez occasionnée délibérément ; de la prise de tout médicament non prescrit par une **Autorité Médicale**, de l'addiction à une drogue, de l'abus de solvants, de drogues ou d'alcool, ou d'un comportement sous l'emprise de drogues, solvants ou alcool (lorsque le taux d'alcoolémie est égal ou supérieur au taux légal en vigueur dans le pays où a lieu le sinistre).
5. Une exposition injustifiée à un danger (sauf lorsqu'il s'agit de sauver une vie humaine).
6. Toute demande d'indemnisation résultant de **Votre** implication dans une bagarre, hormis pour **Vous** défendre.
7. Un problème médical pour lequel **Vous** ne prenez pas le traitement recommandé ou la prescription tel qu'indiqué par une **Autorité Médicale**.
8. **Votre Voyage** entrepris contre toutes prescriptions sanitaires stipulées par le transporteur, ses représentants ou tout autre prestataire de **Moyen de Transport Public**.
9. **Vos** agissements illégaux ou toute procédure judiciaire entamée à **Votre** rencontre.
10. Toute autre perte, tout autre dommage ou toute autre dépense supplémentaire découlant du sinistre pour lequel **Vous** présentez une demande d'indemnisation qui englobent par exemple les frais engagés pour l'élaboration d'une demande d'indemnisation, la perte de revenus, la perte ou les coûts induits par l'interruption de **Votre** activité, un dérangement, une saisie-exécution ou encore la perte de jouissance ou d'agrément.
11. Les opérations en tant que personnel des forces armées.
12. **Votre Voyage** dans un pays ou une zone ou pour un événement pour lesquels un organisme gouvernemental de **Votre Pays de Résidence** ou l'Organisation Mondiale de la Santé déconseillent formellement tout **Voyage**, ou qui sont soumis à un embargo officiel de la part des Nations Unies. **Nous** **Vous** remercions de **Vous** référer au site [www.diplomatie.gouv.fr](http://www.diplomatie.gouv.fr), rubrique Conseils aux Voyageurs.
13. Toute dépense dont il **Vous** aurait été demandé de **Vous** acquitter ou dont il aurait été attendu que **Vous** acquittiez, si le sinistre entraînant la demande d'indemnisation ne s'était pas produit.
14. Toute situation dont **Vous** avez connaissance et qui pourrait raisonnablement **Vous** amener à déclarer un sinistre au titre du présent **Tableau des Garanties**.
15. Les frais de téléphone ou de fax, de restauration, de taxi (à l'exception des frais de taxi engagés pour le **Voyage** initial vers un hôpital à l'étranger en raison de **Votre** maladie ou blessure), de journaux, de blanchisserie ou d'interprète.
16. La guerre, l'invasion, les actes d'un ennemi étranger, les hostilités ou les opérations belliqueuses (qu'elles aient été déclarées ou non), la guerre civile, la rébellion, les **actes de terrorisme**, la révolution, l'insurrection, les troubles à l'ordre public lorsqu'ils prennent les proportions d'un soulèvement, le coup d'état militaire ou l'usurpation de

pouvoir. Cependant cette exclusion ne s'applique pas pour les frais couverts au titre de la Section A – Assistance médicale, frais médicaux et assistance rapatriement à l'étranger, de la Section B – Indemnité hospitalisation à l'étranger et de la Section I – Accident Personnel, sauf si ces frais sont le fait d'une attaque nucléaire, chimique ou biologique ou que les troubles existaient déjà lorsque **Vous** avez débuté **Votre Voyage**.

17. Radiations ionisantes ou contamination par la radioactivité émanant de tout combustible nucléaire ou déchets nucléaires, de la combustion de combustible nucléaire ou de la radioactivité, la toxicité, l'explosion ou toute autre manifestation dangereuse émanant de sources nucléaires.
18. La perte, la destruction et les dommages directement provoqués par les ondes de pression des avions et de tout autre appareil volant atteignant la vitesse du son ou supersonique.
19. La couverture prévue par les Garanties de la Section A – Assistance médicale, frais médicaux et assistance rapatriement à l'étranger, de la Section B – Indemnité hospitalisation à l'étranger, et de la Section K – Assistance juridique à l'étranger, est exclue dans le **Pays de Résidence**.

## 7. AIDE D'URGENCE

Contactez **AXA Assistance** par téléphone au : +33 (1)72 25 67 92 choix 1. Ce service est disponible 24 heures sur 24 et 365 jours.

Dans le cas d'une maladie grave ou d'un accident qui pourrait entraîner une hospitalisation, ou avant que des dispositions ne soient prises en vue d'un rapatriement ou dans le cas d'un **Fait Générateur** entraînant une **Interruption de Voyage** et **Votre** retour anticipé au **Domicile**, ou en cas d'urgence, **Vous** devez contacter **AXA Assistance** (tous les coûts engendrés par une maladie ou blessure bénigne doivent être supportés par **Vous** puis faire l'objet d'une demande d'indemnisation). Ce service est disponible 24 heures sur 24 et 365 jours par an, pour **Vous** apporter des conseils, une assistance, pour organiser **Votre** hospitalisation, **Votre** rapatriement et pour prendre en charge les frais médicaux. S'il ne **Vous** est pas possible de **Nous** contacter parce que **Votre** état nécessite des soins urgents et immédiats, **Vous** devez contacter **AXA Assistance** aussi rapidement que possible. Les soins dans les structures privées ne sont pas couverts sauf s'ils ont été autorisés expressément par **AXA Assistance**.

### Assistance médicale à l'étranger

**AXA Assistance** a le savoir-faire médical, les contacts et les réseaux de prestataires afin de **Vous** venir en aide, que **Vous** soyez blessé lors d'un accident ou malade. **AXA Assistance** organisera **Votre** rapatriement vers **Votre Domicile** lorsque cela est considéré nécessaire d'un point de vue médical, ou lorsque **Vous** avez été informé de la maladie grave ou du décès d'un **Parent Proche** à **Votre Domicile**.

### Prise en charge des frais médicaux à l'étranger

Si **Vous** êtes admis dans une structure hospitalière en dehors du **Pays de Résidence**, **AXA Assistance** prendra les dispositions nécessaires afin de payer directement à cette structure hospitalière les frais médicaux couverts au titre du présent contrat. Afin de bénéficier de ce service, une personne doit contacter **AXA Assistance** pour **Vous** dès que possible.

Pour les consultations simples de moins de 500 € **Vous** devrez payer la clinique ou l'hôpital **Vous-même** et **Nous** en demander le remboursement à **Votre** retour dans **Votre Pays de Résidence**. Soyez particulièrement vigilant quant aux soins et aux montants excessifs que **Vous** pourriez être amené à autoriser. Si **Vous** avez un doute concernant des soins et des montants que l'on voudrait **Vous** facturer, contactez **AXA Assistance** afin que **Nous** puissions **Vous** orienter.

LES SOINS DANS LES STRUCTURES PRIVEES NE SONT PAS COUVERTS SAUF S'ILS ONT ETE AUTORISES EXPRESSEMENT PAR **AXA ASSISTANCE** OU SI **VOTRE**

ETAT DE SANTE NE **VOUS** PERMET PAS DE CONTACTER **AXA ASSISTANCE**.

## 8. SECTION A – ASSISTANCE MÉDICALE, FRAIS MÉDICAUX ET ASSISTANCE RAPATRIEMENT À L'ÉTRANGER

### CE QUI EST COUVERT

**Nous** **Nous** acquitterons des dépenses suivantes, à concurrence du montant maximum indiqué au **Tableau des Garanties**, pour chaque **Personne Assurée** victime d'un **Accident Corporel** ou d'une maladie soudaine et imprévue, ou qui cède durant un **Voyage** en dehors du **Pays de Résidence**.

1. Toutes les dépenses raisonnables et nécessaires qui surviennent comme conséquence d'une **Urgence Médicale** ou d'une **Complication de Grossesse** **Vous** concernant. Celles-ci comprennent les frais de médecin, les frais d'hôpital, les traitements médicaux et tous les coûts occasionnés pour **Vous** transporter à l'hôpital approprié le plus proche, lorsque cela est jugé nécessaire par une **Autorité Médicale** reconnue.
2. Les soins dentaires d'urgence afin de soulager la douleur et/ou les réparations en urgence de prothèse amovible ou fixe uniquement pour réduire la gêne pendant les repas.
3. Avec l'autorisation préalable d'**AXA Assistance**, les frais de **Voyage** supplémentaires pour **Vous** rapatrier vers **Votre Domicile** lorsque cela est recommandé par **Notre** direction médicale, y compris le coût d'un accompagnement médical si nécessaire. Les frais de **rapatriement** que **Nous** prendrons en charge correspondront à ceux d'une classe de **Voyage** équivalente à celle utilisée pour le trajet aller, sauf accord d'**AXA Assistance**.
4. À concurrence du montant indiqué dans le **Tableau des Garanties** pour les frais d'hébergement raisonnables engagés s'il est nécessaire pour **Vous** d'un point de vue médical de rester après **Votre** date de retour initialement prévue. Par ailleurs, après accord préalable d'**AXA Assistance**, **Nous** prendrons en charge, à concurrence du montant par nuit indiqué au **Tableau des Garanties**, les frais d'hôtel supplémentaires qu'engagerait un ami ou un **Parent Proche** pour rester à **Vos** côtés et **Vous** accompagner à **Votre Domicile**.
5. Un transport en classe économique et, à concurrence du montant par nuit pour 10 nuits indiqué au **Tableau des Garanties**, les frais d'hôtel raisonnablement engagés par un **Parent Proche** du **Pays de Résidence** pour **Vous** rendre visite ou **Vous** accompagner à **Votre Domicile** si **Vous** voyagez seul et que **Vous** êtes hospitalisé pendant plus de 10 jours, avec l'autorisation préalable d'**AXA Assistance**.
6. Un transport en classe économique, et à concurrence du montant par nuit pour 3 nuits indiqué au **Tableau des Garanties**, les frais d'hôtel raisonnablement engagés par un **Parent Proche** pour voyager depuis le **Pays de Résidence** pour accompagner les **Bénéficiaires** âgés de moins de 15 ans à **Votre Domicile** dans le **Pays de Résidence** si **Vous** n'êtes pas physiquement en état de prendre soin d'elles. Si **Vous** n'êtes pas en mesure de nommer une personne, **Nous** choisirons une personne qualifiée. Si le(s) billet(s) de retour réservé(s) au départ pour l'enfant ne peu(ven)t pas être utilisé(s), **Nous** indemniserons le billet simple en classe économique de retour de l'enfant au **Domicile**.
7. Toutes les dépenses d'urgence raisonnables et nécessaires engagées par les sociétés privées ou publiques homologuées en matière de sauvetage afin de **Vous** localiser et de **Vous** évacuer au centre médical d'urgence le plus proche.
8. Tous les frais médicaux d'urgence nécessaires et raisonnables engagés pour tous les enfants nés à la suite de **Complications de Grossesse**. Les demandes d'indemnisation concernant des naissances multiples sont considérées comme correspondant à un seul événement.

- En cas de décès en dehors de **Votre Pays de Résidence**, les frais de traitement post-mortem, de mise en bière et d'aménagements nécessaires au transport ainsi que les frais de transport raisonnables de **Vos** cendres jusqu'à **Votre Domicile**, ou les frais de transport de **Votre** dépouille mortelle jusqu'à **Votre Domicile**, seront pris en charge à hauteur du montant maximum indiqué au **Tableau des Garanties**.

#### CONDITIONS SPÉCIALES

- Vous** devez informer **AXA Assistance** dès que possible de tout **Accident Corporel** ou **Atteinte Corporelle** nécessitant **Votre** admission à l'hôpital ou avant que des dispositions soient prises concernant **Votre** rapatriement.
- Vous** devez contacter **AXA Assistance** dès que possible si **Vous** devez engager des frais de soins médicaux supérieurs à 500 € (par sinistre). **Vous** devez toujours contacter **AXA Assistance** avant d'**Interrompre Votre Voyage**.
- Dans le cas de **Votre Accident Corporel** ou **Atteinte Corporelle**, **Nous** nous réservons le droit de **Vous** transférer dans un autre hôpital et de prendre des dispositions en vue de **Votre** rapatriement vers **Votre Pays de Résidence** à tout moment pendant le **Voyage**. C'est ce que **Nous** ferons si l'**autorité Médicale** sur place ou **AXA Assistance** estiment que **Vous** pouvez être déplacé en toute sécurité et/ ou voyager en toute sécurité vers **Votre Pays de Résidence** afin de poursuivre **Votre** traitement.

#### CE QUI N'EST PAS COUVERT

- La **Franchise** figurant dans le **Tableau des Garanties** par **Personne Assurée**, pour toute demande d'indemnisation sans exception, sauf dans la mesure où **Vous** auriez souscrit à l'**Option Rachat de Franchise**.
- Les demandes d'indemnisation découlant directement ou indirectement de tout **Etat Préexistant**.
- Les traitements qui ne relèvent pas d'un acte chirurgical ou médical, dans le seul but de soigner ou soulager une maladie ou blessure grave imprévue.
- Tous les frais qui ne sont pas habituels, raisonnables ou justifiés pour le traitement de **Votre Atteinte Corporelle** ou **Accident Corporel**.
- Tout traitement ou intervention chirurgicale qui, de l'avis de **Notre** Direction médicale, peut raisonnablement être retardé jusqu'à **Votre** retour dans **Votre Pays de Résidence**.
- Les frais engagés afin de **Vous** procurer des médicaments dont **Vous** saviez avoir besoin au moment du départ de **Votre Pays de Résidence**.
- Les coûts supplémentaires pour une chambre individuelle ou privée.
- Les traitements ou services fournis par une clinique privée ou un hôpital, un établissement thermal, une maison de repos, un centre de convalescence ou de rééducation sauf accord exprès d'**AXA Assistance**.
- Les frais de traitement pour des raisons cosmétiques à moins que **Notre** Direction médicale convienne que ce traitement est nécessaire à la suite d'un accident couvert par le présent contrat.
- Tous les frais engagés après **Votre** retour dans **Votre Pays de Résidence**, sauf accord exprès préalable d'**AXA Assistance**.
- Les frais découlant d'une maladie tropicale lorsque **Vous** n'avez pas reçu les vaccins ou pris les médicaments recommandés.
- Tous les frais que **Vous** engagez en dehors de **Votre Pays de Résidence** après la date à laquelle **Notre** Direction médicale **Vous** prévient que **Vous** devriez retourner à **Votre Domicile** ou après la date à laquelle **Nous** arrangeons **Votre** retour à **Votre Domicile**. (**Notre** responsabilité consistant à payer des frais supplémentaires au titre de la présente section après cette date, sera limitée à ce que **Nous** aurions payé si **Votre** rapatriement avait eu lieu).
- Vous** ne devez pas refuser de manière déraisonnable les services de rapatriement médical que **Nous** acceptons de fournir et de payer au titre des présentes Conditions Générales. Si **Vous** choisissez sans motif valable d'autres

services de rapatriement médical que ceux que **Nous** avons convenu par écrit, cela sera à **Vos** risques et à **Vos** propres frais.

- Le surcoût de billets d'avion par rapport aux billets en classe économique pour un accompagnant non médical en cas de rapatriement médical (toute augmentation du coût due à une demande de surclassement doit être supportée personnellement par la ou les personnes voyageant).
- Toute demande d'indemnisation résultant d'atteintes liées à la grossesse sans pour autant être dues à des **Complications de Grossesse** qui se posent pour la première fois après la préparation de **Votre Voyage**. Tout accouchement ou grossesse normal, voire toute initiative de **Voyage** prise en dépit du fait que **Votre Autorité Médicale** ait établi que **Votre** grossesse présente un risque accru d'accouchement prématuré, ne constituerait pas un événement imprévu.
- Tout traitement ou diagnostic qui a été planifié à l'avance ou dont **Vous** aviez connaissance.
- Le coût de soins dentaires impliquant la mise en place de dentiers, de dents artificielles ou l'utilisation de métaux précieux.
- Les frais de téléphone, sauf ceux engagés afin de prévenir **AXA Assistance**, pour lesquels **Vous** êtes en mesure de fournir un reçu ou tout autre document mentionnant le numéro appelé et le coût de l'appel.
- Les frais de secours aérien en mer.

## **9. SECTION B – INDEMNITÉ HOSPITALISATION À L'ÉTRANGER**

#### CE QUI EST COUVERT

Si **Nous** déclarons une demande d'indemnisation recevable au titre de la Section A – Assistance médicale, frais médicaux et assistance rapatriement à l'étranger, **Nous** **Vous** rembourserons également, à concurrence du montant maximum indiqué au **Tableau des Garanties**, les frais accessoires (tels que la location de ligne téléphonique, la location de télévision et les déplacements en taxi des visiteurs) pour chaque période continue de 24 heures d'hospitalisation au-delà d'une période initiale de 5 jours d'hospitalisation en dehors de **Votre Pays de Résidence**.

#### CONDITIONS SPÉCIALES

**Vous** devez informer **AXA Assistance** dès que possible de tout **Accident Corporel** ou **Atteinte Corporelle** nécessitant **Votre** admission à l'hôpital.

#### CE QUI N'EST PAS COUVERT

Les demandes d'indemnisation découlant directement ou indirectement de :

- Toute journée d'hospitalisation supplémentaire pour traitement médical ou intervention chirurgicale, y compris les examens médicaux, qui ne sont pas directement liés à l'**Accident Corporel** ou l'**Atteinte Corporelle** qui a entraîné **Votre** hospitalisation.
- Toute période d'hospitalisation supplémentaire pour des traitements ou des services fournis par une maison de repos ou un centre de rééducation.
- Toute journée d'hospitalisation supplémentaire découlant de **Votre** décision de ne pas être rapatrié après la date à laquelle **AXA Assistance** est d'avis que **Vous** pouvez l'être.

## **10. SECTION C – FRAIS D'ANNULATION ET/ OU D'INTERRUPTION DE SÉJOUR**

**VOUS DEVEZ TOUJOURS CONTACTER AXA ASSISTANCE AVANT D'INTERROMPRE VOTRE VOYAGE**, au +33 (1)72 25 67 92 choix 1. Ce service est disponible 24 heures sur 24 et 365 jours.

#### CE QUI EST COUVERT

**Nous** remboursons jusqu'à 500 € ou à concurrence du montant indiqué par **Voyage** dans **Vos Conditions Particulières** pour les prestations non consommées et non récupérables et autres frais payés d'avance ou à payer ainsi que les frais supplémentaires restant à **Votre** charge en cas d' :

- annulation ou nouvelle réservation nécessaire et inévitable d'un **Voyage** ; ou
- Interruption d'un Voyage** avant son terme ;

à la suite de l'un des changements quelconque suivants, qui est indépendant de **Votre** volonté, et dont **Vous** n'avez pas connaissance au moment où **Vous** avez réservé **Votre Voyage** :



- maladie imprévue, blessure ou décès, **Vous** concernant, ou concernant un **Parent Proche** ou de toute personne avec laquelle **Vous** voyagez ou logez pendant **Votre Voyage**.
- une **Complication de Grossesse Vous concernant**.
- Si la police juge **Votre** présence nécessaire et **Vous** demande de rester sur place ou de rentrer à **Votre Domicile** en raison de dommages graves à **Votre Domicile** ou lieu de travail (dans la mesure où **Vous** seriez le propriétaire, un administrateur ou le président de l'entreprise) provoqués par un incendie, un avion, une explosion, un orage, une inondation, un affaissement de terrain, une intrusion ou un vol.
- Ou toute autre motif couvert au titre de l'**Option Extension des motifs d'annulation** qui figurera dans **Vos Conditions Particulières** si **Vous** avez souscrit et réglé la prime correspondante.

#### CONDITIONS SPÉCIALES

- Vous** devez **Vous** procurer un certificat médical de **Votre** médecin traitant, ainsi que l'approbation préalable d'**AXA Assistance** pour confirmer la nécessité de retourner à **Votre Domicile** avant d'**Interrompre Votre Voyage** à la suite d'un **Accident Corporel** ou d'une **Atteinte Corporelle** ou d'un décès.
- Si **Vous** annulez tardivement ou si **Vous** n'annulez pas **Votre Voyage** auprès de **Votre** agence de **Voyage**, tour opérateur ou prestataire hôtelier ou de transport, dès que **Vous** avez pris connaissance d'un événement justifiant une annulation de **Votre Voyage**, **Nous** ne pourrions prendre en charge que les frais d'Annulation exigibles si **Vous** n'aviez pas omis d'annuler ou si **Vous** n'aviez pas annulé tardivement.
- Si **Vous** annulez le **Voyage** en raison d'un **Accident Corporel** ou d'une maladie, **Vous** devez fournir un certificat médical de l'**Autorité Médicale** traitant la personne blessée/ malade, mentionnant que cela **Vous** a nécessairement et raisonnablement empêché de voyager.
- En cas d'**Interruption du Voyage** **Vous** devez **Nous** contacter pour que **Nous** **Vous** propositions une alternative.
- En cas de demande d'indemnisation pour cause d'**Interruption de Voyage**, l'indemnisation sera calculée exactement à partir de la date à laquelle **Vous** êtes retourné à **Votre Domicile** dans le **Pays de Résidence**.

#### LIMITATIONS IMPORTANTES AU TITRE DE LA SECTION C – FRAIS D'ANNULATION ET/ OU D'INTERRUPTION DE SÉJOUR

Les demandes d'indemnisation au titre de cette section ne sont pas couvertes pour les sinistres résultant directement ou indirectement de toute **Atteinte Corporelle Préexistante** portée à connaissance préalable à l'acquisition du contrat sous ces **Conditions Générales**, la prise d'effet de la **Période de Couverture** ou avant toute réservation de **Voyage** (la date la plus tardive étant retenue) ayant des incidences sur tout **Parent Proche** ou compagnon de **Voyage** qui n'est pas assuré en vertu des présentes **Conditions Générales** ou toute personne auprès de laquelle **Vous** avez convenu de résider à titre provisoire durant le **Voyage** :

ces personnes auraient reçu un diagnostic de maladie de phase terminale avant la prise d'effet du contrat ou avant toute réservation d'un **Voyage** (la date la plus tardive étant retenue) ; ou

- ces personnes étaient sur liste d'attente ou avaient eu connaissance de la nécessité d'une intervention chirurgicale, hospitalisation ou d'un examen dans tout hôpital ou clinique ; ou
- si au cours des 90 jours précédant l'acquisition du contrat au terme des présentes **Conditions Générales**, la prise d'effet de la **Période de Couverture** ou avant toute réservation d'un **Voyage** (la date la plus tardive étant retenue), ils auraient dû se soumettre à toutes interventions chirurgicales, hospitalisations ou consultations hospitalières.

#### CE QUI N'EST PAS COUVERT

- La **Franchise** figurant dans le **Tableau des Garanties** par **Personne Assurée**, toute demande d'indemnisation sans exception, sauf dans la mesure où **Vous** auriez **Vous** auriez souscrit l'**Option Rachat de Franchise**.
- Les taxes d'aéroport non récupérables.

- Tous les frais engagés parce que **Vous** n'avez pas immédiatement contacté **AXA Assistance** pour prendre les dispositions nécessaires relatives au **Voyage**, alors que **Vous** saviez que **Votre Voyage** allait être **Interrompu**.
- Les demandes d'indemnisation découlant directement ou indirectement de circonstances qui **Vous** sont connues avant la date où ces **Conditions Générales** sont entrées en vigueur ou avant le moment de la réservation de tout **Voyage** (en tenant compte de l'événement qui survient le plus tôt) et dont on pouvait raisonnablement s'attendre à ce qu'elles donnent lieu à l'annulation ou à l'**Interruption** du **Voyage**.
- Tous les frais engagés parce que **Vous** n'avez pas immédiatement contacté **AXA Assistance** pour prendre les dispositions nécessaires relatives au **Voyage**, alors que **Vous** saviez que **Votre Voyage** allait être annulé.
- Les frais payés en utilisant des points acquis sur des programmes de fidélisation, par exemple Programme Flying Blue, ou des programmes de cartes bonus, des programmes Timeshare, Holiday Property Bond ou autres programmes de points vacances et/ ou tous frais d'entretien associés.
- Toute demande d'indemnisation résultant de **Complications de Grossesse** qui :
  - (au titre d'annulation ou de modification de réservation) se posent avant même de réserver ou de payer le **Voyage**, l'événement le plus tardif étant retenu ; ou
  - (au titre d'**Interruption**) se posent avant même l'achat/réservation de **Votre Voyage**.
 Tout accouchement ou grossesse normal, voire toute initiative de **Voyage** prise en dépit du fait que **Votre Autorité Médicale** ait établi que **Votre** grossesse présente un risque accru d'accouchement prématuré, ne constituerait pas un événement imprévu.
- Tous les frais engagés lorsque **Vous** n'avez pas de certificat médical du **médecin** traitant dans **Votre** lieu de villégiature ou sur le lieu du sinistre, expliquant pourquoi il est jugé nécessaire de retourner de manière anticipée dans **Votre Pays de Résidence**.
- Toute demande d'indemnisation résultant de **Votre** incapacité à **Voyager** en raison du défaut de détention, d'obtention ou de présentation d'un passeport valable ou de tous visas requis pour la **Personne Assurée**.
- Licenciement - causé par ou résultant d'une faute de l'assuré ; ou d'une démission ou d'un départ volontaire ; ou si une convocation à un entretien préalable a été reçue ou si le voyage a été réservé (l'événement le plus antérieur est pris en compte) avant d'acheter cette police.

#### 11. SECTION D – DÉPART MANQUÉ/ CORRESPONDANCE MANQUÉE

##### CE QUI EST COUVERT

Si à **Votre** arrivée au terminal aéroportuaire, portuaire ou ferroviaire, il est trop tard pour entamer **Votre Voyage** international en raison :

- de la panne d'un autre **Moyen de Transport Public** régulier ; ou
- d'un accident ou d'une panne sur le véhicule dans lequel **Vous Voyagez** :

**Nous** remboursons à concurrence du plafond par **Voyage** indiqué au **Tableau des Garanties**, pour les **Personnes Assurées** voyageant ensemble, les frais de restauration et de boisson raisonnables, les frais d'hôtel (logement uniquement) des frais de transport nécessairement engagés pour atteindre **Votre** destination ou les vols en correspondance, en dehors du **Pays de Résidence**.

#### CONDITIONS SPÉCIALES

- Vous** devez prévoir suffisamment de temps pour que le **Moyen de Transport Public** régulier ou tout autre moyen de transport **Vous** amène et **Vous** dépose à l'heure au point de départ.
- Vous** devez **Vous** procurer une attestation écrite du transporteur confirmant le retard et indiquant le motif.
- Vous** devez conserver tous les reçus et factures.
- Si nécessaire **Vous** devez **Vous** procurer une attestation écrite des services de police ou de dépannage concernant la panne

ou l'accident dans lequel a été impliqué le véhicule où **Vous** trouviez.

- Couverture uniquement applicable sur les vols internationaux en partance et à destination de **Votre Pays de Résidence**.
- Les garanties de la Section D – Départ manqué/Correspondance manquée, de la Section E – Départ retardé/Abandon de **Voyage** ou de la Section F – Non admission à bord d'un avion, ne sont pas cumulables.

#### CE QUI N'EST PAS COUVERT

- Les frais et dépenses que **Vous** avez réalisé et dont l'indemnisation incombe au transporteur ou au fournisseur.
- Grève ou mouvement social** en cours ou annoncé publiquement à la date à laquelle les présentes garanties sont entrées en vigueur, ou à la date à laquelle **Vous** avez réservé **Votre Voyage** (en tenant compte de l'événement qui survient le plus tôt).
- Une panne ou un accident sur le véhicule dans lequel **Vous** voyagez, dès lors que **Vous** n'êtes pas en mesure de fournir une attestation des services de police ou de dépannage.
- Une panne sur le véhicule **Vous** appartenant et dans lequel **Vous** voyagez, qui n'a pas été entretenu conformément aux instructions du constructeur.
- Le retrait (temporaire ou autre) d'autorisation pour un avion ou un navire sur la recommandation des autorités de l'aviation civile ou des autorités portuaires ou de toute autorité similaire, quel que soit le pays.
- Les frais supplémentaires lorsque le **Moyen de Transport Public** régulier a proposé une alternative raisonnable.
- Le départ manqué lorsqu'il y a moins de 2 heures minimum entre les vols de correspondance à un point de départ international ou moins que la durée de correspondance imposée par les systèmes de réservation de vol.
- Toutes dépenses engagées alors qu'une alternative raisonnable a été proposée dans les 4 heures suivant l'heure de départ prévue ou dans les 4 heures suivant l'heure d'arrivée réelle d'un vol de correspondance.

### 12. SECTION E – DÉPART RETARDÉ/ ABANDON DE VOYAGE

#### CE QUI EST COUVERT

Si l'heure du départ du **Moyen de Transport Public** régulier pour lequel **Vous** avez une réservation est retardé d'au moins 4 heures suite à :

- une grève ou un mouvement social** ou
  - de Mauvaises Conditions Climatiques** ou
- c) une panne mécanique ou technique du **Moyen de Transport Public** régulier sur lequel **Vous** deviez **Voyager** le retard est calculé lors du dernier lieu de départ depuis ou vers **Votre Pays de Résidence**.

**Nous Vous**, rembourserons :

- après un retard minimum de 4 heures, à concurrence du montant maximum indiqué au **Tableau des Garanties** par **Voyage**, les frais de restauration et de boisson raisonnables et les frais d'hôtel (logement uniquement) ; ou
- à concurrence du montant maximum indiqué au **Tableau des Garanties**, les prestations non consommées et non récupérables et autres frais payés d'avance ou à payer par **Vous**, si après un retard minimum de 24 heures, **Vous** choisissez d'annuler **Votre Voyage**. Toutes les conditions et les exclusions visées à la Section C – Frais d'Annulation ou d'Interruption de **Voyage** s'appliqueront à cette garantie.

Cette garantie est limitée à un maximum de 3 sinistres par **Personne Assurée** par période de 365 jours pour Section E – Départ retardé ou Section F – Non Admission à Bord d'un Avion.

#### CONDITIONS SPÉCIALES

- Vous** devez **Vous** enregistrer conformément à la feuille de route (itinéraire) qui **Vous** aura été remise.
- Vous** devez obtenir une confirmation écrite de la part des transporteurs (ou de leurs représentants) du nombre d'heures de retard et de la raison de ce retard.
- Vous** devez **Vous** soumettre aux Conditions Générales de vente de l'agent de **Voyage**, du tour opérateur ou du prestataire de transport.
- Vous** devez conserver tous les reçus ou factures.
- Les garanties de la Section D – Départ manqué/

Correspondance manquée, de la Section E – Départ retardé/ Abandon de **Voyage** ou de la Section F – Non admission à bord d'un avion, ne sont pas cumulables.

#### CE QUI N'EST PAS COUVERT

- Les frais et dépenses pour lesquels la compagnie aérienne **Vous** dédommagera.
- Une grève ou un mouvement social** ou un retard dû au contrôle aérien, en cours ou annoncé publiquement à la date à laquelle les présentes garanties sont entrées en vigueur ou à la date à laquelle **Vous** avez réservé **Votre Voyage** (en tenant compte de l'événement qui survient le plus tôt).
- Le retrait (temporaire ou autre) d'autorisation pour un avion ou un navire sur la recommandation des autorités de l'aviation civile ou des autorités portuaires ou toute autorité similaire, quel que soit le pays.
- Abandon de **Voyage** après le premier trajet d'un **Voyage**.
- Toutes dépenses engagées alors qu'une alternative raisonnable a été proposée dans les 4 heures suivant l'heure de départ prévue.

### 13. SECTION F – NON ADMISSION À BORD D'UN AVION

#### CE QUI EST COUVERT

Si **Vous** avez procédé aux formalités d'enregistrement, ou tenté de procéder aux formalités d'enregistrement, pour un vol sur une ligne régulière sur lequel **Votre** siège était confirmé, dans les délais impartis pour ces formalités, et que la compagnie **Vous** refuse l'accès à bord suite à un surbooking, sans que cela soit de **Votre** fait, **Nous** remboursons à concurrence du plafond par **Voyage** indiqué au **Tableau des Garanties**, les frais de restauration et de boisson que **Vous** aurez engagés après un retard minimum de 4 heures par rapport à **Votre** heure de départ prévue réelle.

Cette garantie est limitée à un maximum de 3 sinistres par **Personne Assurée** par période de 365 jours pour la Section E – Départ retardé ou Section F – Non Admission à Bord d'un Avion.

#### CONDITIONS SPÉCIALES

- Vous** devez conserver tous les reçus et factures.
- Les garanties de la Section D – Départ manqué/Correspondance manquée, de la Section E – Départ retardé/Abandon de **Voyage** ou de la Section F – Non admission à bord d'un avion, ne sont pas cumulables.

#### CE QUI N'EST PAS COUVERT

- Les frais et dépenses pour lesquels la compagnie aérienne **Vous** dédommagera.
- Les frais et dépenses dès lors que l'occupation de **Votre** siège n'est pas involontaire et/ ou obligatoire.
- Les demandes d'indemnisation lorsque **Vous** n'avez pas obtenu de la compagnie aérienne une attestation écrite confirmant que **Vous** n'avez pas été en mesure de voyager suite à un surbooking, et le temps qui s'est écoulé jusqu'à la confirmation du vol suivant.
- Toutes dépenses engagées alors qu'une alternative raisonnable a été proposée dans les 4 heures suivant l'heure de départ prévue.

### 14. SECTION G – RETARD DE LIVRAISON DE BAGAGES

#### CE QUI EST COUVERT

**Nous** remboursons à concurrence du plafond par **Voyage** indiqué au **Tableau des Garanties**, pour l'achat en urgence de vêtements, de médicaments et d'articles de toilettes si **Vos Bagages** enregistrés sont temporairement perdus en transit pendant **Votre Voyage** aller et s'ils ne **Vous** sont pas livrés dans les 6 heures suivant **Votre** arrivée.



Cette garantie est limitée à un maximum de 3 sinistres par **Personne Assurée** par période de 365 jours.

#### CONDITIONS SPÉCIALES

- Vous** devez obtenir du transporteur une attestation écrite confirmant le nombre d'heures pendant lequel **Vos Bagages** ont été retardés. **Vous** devez :
  - Obtenir un P.I.R. (Property Irregularity Report) ou constat d'« Irrégularité **Bagages** » de la compagnie aérienne.
  - Envoyer par courrier une déclaration à la compagnie aérienne pour leur signaler l'incident dans le délai mentionné dans leurs conditions de transport (merci d'en conserver une copie).
  - Conserver les titres de transport et les étiquettes d'enregistrement pour présenter avec une demande d'indemnisation.
- Toutes les sommes sont valables uniquement pour les dépenses réelles au-delà de toute indemnisation versée par le transporteur.
- Les demandes d'indemnisation ne seront prises en compte que pour l'achat de vêtements et d'articles de toilettes essentiels, et seulement si ces achats sont effectués dans les 4 jours suivant l'arrivée effective à destination.
- Aucun remboursement ne sera effectué si les achats ont été réalisés une fois que les **Bagages** ont été restitués.
- Vous** devez conserver tous les reçus ou factures.
- La couverture s'applique uniquement sur **Votre Voyage** aller.

#### CE QUI N'EST PAS COUVERT

- Les demandes d'indemnisation dues au retard, à la confiscation ou à la détention par les douanes ou toute autre autorité.
- Les demandes d'indemnisation faisant suite à un retard des **Bagages** lorsqu'ils sont expédiés en tant que fret ou marchandise.
- Equipements sportifs ou **Matériel Professionnel**.

### **15. SECTION H – OBJETS PERSONNELS, ARGENT PERSONNEL ET PERTE DE PASSEPORT**

#### CE QUI EST COUVERT - OBJETS PERSONNELS

**Nous** remboursons à concurrence du plafond par **Voyage** indiqué au **Tableau des Garanties**, en cas de perte accidentelle, de vol ou de détérioration de **Vos Bagages**. Notre indemnisation est calculée sur la base du prix d'achat, **Vétusté** déduite (ou **Nous** pouvons à **Notre** libre appréciation, procéder au remplacement ou à la réparation des **Objets Personnels** perdus ou endommagés). Le montant maximum indemnisé pour un objet, une **Paire ou un Ensemble** d'objets, est celui indiqué au **Tableau des Garanties** dans le maximum par article. Le montant maximum total que **Nous** rembourserons pour tous les **Objets de Valeur** est égal à la limite définie pour les **Objets de Valeur** dans le **Tableau des Garanties**.

La valeur de remboursement sera calculée à concurrence de 100% du prix d'achat la première année suivant la date d'achat et de 75% du prix d'achat la deuxième année suivant la date d'achat. A partir de la troisième année suivant la date d'achat, la valeur sera réduite de 10% supplémentaire par an.

#### CE QUI EST COUVERT - ARGENT PERSONNEL

**Nous Vous** rembourserons, à concurrence du montant maximum total indiqué au **Tableau des Garanties** par **Voyage**, en cas de perte accidentelle, de vol ou de détérioration d'**Argent Personnel**.

**Nous** remboursons à concurrence du plafond par **Voyage** indiqué au **Tableau des Garanties** pour le montant plafonné des billets de banque, et pièces de monnaie, et ce dans la limite du montant plafonné pour les moins de 16 ans si la **Personne Assurée** a moins de 16 ans.

#### CE QUI EST COUVERT - PERTE DE PASSEPORT

**Nous** paierons à concurrence du montant indiqué dans le **Tableau des Garanties** par **Voyage**, les frais raisonnables supplémentaires d'hébergement et de déplacement ayant dû être engagés en dehors de **Votre Pays De Résidence** afin

d'obtenir le remplacement de **Votre** passeport ou visa perdu ou volé lors d'un **Voyage** en dehors de **Votre Pays de Résidence**.

#### CONDITIONS SPÉCIALES

- Vous** devrez déclarer aux autorités de police locales tous sinistres de perte ou de vol de **Vos Objets personnels** dans les 48 heures et **Vous** procurer un rapport écrit. Une attestation provenant d'un représentant d'agence de **Voyage** n'est pas suffisante
- Si **Vos Objets Personnels** sont perdus, volés ou endommagés alors qu'ils étaient confiés à un transporteur, à une autorité ou à un hôtel, **Vous** devez leur signaler par écrit les détails de la perte, du vol ou des dommages et obtenir un rapport officiel. Si **Vos Objets Personnels** sont perdus, volés ou endommagés alors qu'ils étaient confiés à une compagnie aérienne, **Vous** devez :
  - Obtenir un P.I.R. (Property Irregularity Report) ou constat d'« Irrégularité **Bagages** » de la compagnie aérienne.
  - Envoyer par courrier une déclaration à la compagnie aérienne pour leur signaler l'incident dans le délai mentionné dans leurs conditions de transport (merci d'en conserver une copie).
  - Conserver les titres de transport et les étiquettes d'enregistrement pour présenter avec une demande d'indemnisation.
- Vous** devez **Nous** fournir les justificatifs originaux ou la preuve que **Vous** êtes effectivement le propriétaire des objets perdus, volés ou endommagés afin que **Nous Vous** aidions à constituer **Votre** dossier de demande d'indemnisation.
- Vous** devez conserver tous les reçus ou factures.
- L'indemnisation est calculée sur la base de la valeur marchande de l'objet concerné à la date à laquelle il a été endommagé, perdu ou volé, déduction faite de la perte de valeur due à l'usure.

#### CE QUI N'EST PAS COUVERT

- La **Franchise** figurant dans le **Tableau des Garanties** par **Personne Assurée**, toute demande d'indemnisation sans exception, sauf dans la mesure où **Vous** auriez souscrit l'**Option Rachat de Franchise**.
- La perte, le vol ou la détérioration d'**Objets de Valeur** et **Argent Personnel** laissés **Sans Surveillance** à un instant donné (y compris dans un véhicule ou lorsqu'ils sont sous la garde de transporteurs) sauf s'ils sont placés dans le coffre-fort d'un hôtel ou dans un coffre fermé à clé.
- La perte, le vol ou la détérioration d'**Objets Personnels** lorsqu'ils se trouvent dans un véhicule **Sans Surveillance** :
  - La nuit entre 21 heures et 8 heures (heure locale) à moins que le véhicule ne se trouve dans un parking couvert surveillé ; ou
  - À tout moment entre 8 heures et 21 heures (heure locale) à moins qu'ils ne se trouvent dans le coffre verrouillé séparé de l'habitacle pour les véhicules équipés d'un coffre ou, pour les véhicules non équipés d'un coffre séparé, qu'ils soient à l'abri des regards, et si un rapport de police confirme qu'il y a eu tentative d'effraction.
- La perte ou la détérioration due au retard, à la confiscation ou à la détention par les douanes ou toute autre autorité.
- La perte, le vol ou la détérioration de pierres précieuses non montées, de lentilles de contact ou cornéennes, lunettes, prothèses auditives, appareillages médicaux ou dentaires, cosmétiques, parfums, antiquités, instruments de musique, actes notariés, manuscrits, titres de placement, biens périssables, bicyclettes et les détériorations sur les valises (sauf si la valise est totalement inutilisable suite à un sinistre).
- La perte ou la détérioration lorsqu'il s'agit de fissures, de rayures, de bris ou dommages sur de la porcelaine, de la verrerie et des objets fragiles ou cassants, dans des **Bagages** enregistrés.
- Equipements sportifs ou **Matériel Professionnel**.
- La détérioration de vêtements de sport pendant leur utilisation.
- Les demandes d'indemnisation pour lesquelles il n'y a pas de reçus originaux, de preuve de propriété ou d'expertise par une compagnie d'assurance (obtenus antérieurement au sinistre) si les objets sont perdus, volés ou détériorés.
- La perte, le vol ou la détérioration de biens professionnels,

d'échantillons, d'outils de travail, d'accessoires mécaniques et autres objets utilisés dans le cadre de l'exercice de **Vo**tre activité professionnelle.

11. La perte ou la détérioration due à la **Vétusté**, la dépréciation, la détérioration, des conditions atmosphériques ou climatiques, l'envahissement par les mites ou la vermine, ainsi que tous les procédés de nettoyage, de réparation ou de restauration, les pannes mécaniques ou électriques ou les fuites de liquides.
12. La perte ou détérioration due à la dépréciation économique, les variations de taux de change ou les pénuries suite à des erreurs ou omissions.
13. Les demandes d'indemnisation consécutives à une perte ou un vol dans **Vo**tre logement, sauf en cas d'effraction dûment constatée et faisant l'objet d'un rapport de police.
14. Les détériorations qui sont la conséquence d'une fuite de poudre ou de liquide transportés dans les effets personnels ou les **Bagages**.
15. Les demandes d'indemnisation faisant suite à la perte, au vol ou à la détérioration des **Objets Personnels** lorsqu'ils sont expédiés en tant que fret ou au moyen d'un connaissance.

## **16. SECTION I – ACCIDENT PERSONNEL**

### CE QUI EST COUVERT

**Nous Vo**us indemniserons, à concurrence du montant maximum indiqué au **Tableau des Garanties**, si **Vo**us êtes victime d'un **Accident Corporel** :

1. entre le point de départ au **Domicile** et le point de destination ou lors du **Voyage** retour pendant que **Vo**us **Vo**us trouvez dans un **Moyen de Transport Public**, ou
2. pendant **Vo**tre **Voyage** en dehors de **Vo**tre **Pays de Résidence** ;
3. qui à lui seul et indépendamment de toute autre cause, entraînera dans l'année suivante **Vo**tre décès, **Perte d'un Membre**, **Perte de la Vue** ou **Incapacité Permanente Totale**.

### CONDITIONS SPÉCIALES

1. **Notre médecin** peut **Vo**us examiner aussi souvent qu'il peut le juger nécessaire avant qu'une indemnisation ne soit versée.
2. L'indemnisation n'est pas due au titre de l'**Incapacité Permanente Totale** moins d'un an après la date à laquelle **Vo**us êtes victime d'un **Accident Corporel**.
3. Tout **Voyage** normal et habituel à destination et en partance de **Vo**tre **Domicile**, lieu de travail ou résidence secondaire, ne saurait être considéré comme un **Voyage** couvert.

### CE QUI N'EST PAS COUVERT

1. Les demandes d'indemnisation découlant directement ou indirectement de tout **Etat Préexistant**.
2. Toute invalidité ou tout décès causé par une détérioration de la santé physique (par exemple, un AVC ou une crise cardiaque) et non pas comme une conséquence directe d'un **Accident Corporel**.

## **17. SECTION J – RESPONSABILITÉ CIVILE**

### CE QUI EST COUVERT

**Nous Vo**us rembourserons, à concurrence du montant maximum indiqué au **Tableau des Garanties**, toute somme que **Vo**us êtes juridiquement tenu de payer à titre de dédommagement pour un sinistre ou une série de sinistres découlant d'un même **Fait Générateur** se produisant pendant un **Voyage**, concernant :

1. Un **Accident Corporel**, un décès ou une maladie de toute personne à condition que cette personne ne soit pas **Vo**tre employé, un parent, un **Parent Proche** ou un membre de **Vo**tre foyer.
2. La perte ou la détérioration de biens matériels à condition que ces biens ne **Vo**us appartiennent pas, ne sont pas à **Vo**tre charge ou sous **Vo**tre responsabilité, qu'ils n'appartiennent pas à, ne soient pas à la charge, ou sous la responsabilité d'un de **Vos** parents, **Parents Proches**, un de **Vos** employés ou un membre de **Vo**tre foyer, sauf s'il s'agit d'un logement occupé temporairement en villégiature dans la mesure où **Vo**us n'en êtes pas le propriétaire.

### CONDITIONS SPÉCIALES

1. **Vo**us devez **Nous** informer par écrit aussi rapidement que possible de tout sinistre qui pourrait donner lieu à une demande d'indemnisation.
2. **Vo**us devez **Nous** faire suivre tout courrier, assignation, acte extrajudiciaire, citation à comparaître ou pièce de procédure dès que **Vo**us les recevez.
3. **Vo**us devez décliner toute responsabilité, et ne pas payer, faire une offre ou une promesse de paiement, ou négocier une demande d'indemnisation sans **Notre** consentement écrit.
4. **Nous** pouvons à **Notre** discrétion conduire en **Vo**tre nom la défense de toute demande d'indemnisation ou dommage contre un tiers. **Nous** disposons de toute latitude pour la conduite de négociations ou pour l'ouverture d'une procédure ou pour le règlement des demandes d'indemnisation, et **Vo**us devez **Nous** apporter tous les renseignements et l'aide dont **Nous** pouvons avoir besoin.
5. Si **Vo**us venez à décéder, **Vo**tre (**Vos**) représentant(s) légal(aux) pourra (pourront) bénéficier des garanties prévues dans le présent Contrat dans la mesure où ce(s) représentant(s) rempli(ssen)t l'ensemble des conditions contenues dans le présent document.

### CE QUI N'EST PAS COUVERT

Les indemnisations ou les frais de procédure découlant directement ou indirectement de :

1. La responsabilité que **Vo**us avez assumée dans le cadre d'un accord, sauf si cette responsabilité avait été implicite en l'absence d'un tel accord.
2. Un sinistre survenant dans le cadre de **Vo**tre activité professionnelle ou commerciale, prestation de services ou fourniture de biens.
3. La possession ou l'utilisation de tout véhicule terrestre et tout appareil de navigation aérienne ou nautique (autre que les surfs et que les canots, les barques et les canoës à propulsion manuelle).
4. La transmission d'un virus ou d'une maladie contagieuse.
5. La possession ou l'occupation d'une terre ou d'immeubles (sauf s'il s'agit de l'occupation d'une résidence temporaire de vacances pour laquelle **Nous** ne paierons pas les 500 € premiers par demande d'indemnisation et par sinistre).
6. Les actes criminels, intentionnels ou délibérés de **Vo**tre part.

## **18. SECTION K – ASSISTANCE JURIDIQUE À L'ÉTRANGER**

### CE QUI EST COUVERT

**Nous** prendrons en charge, à concurrence du montant maximum indiqué au **Tableau des Garanties**, les frais de procédures judiciaires engagées au civil pour obtenir dédommagement si un tiers provoque **Vo**tre décès ou si **Vo**us êtes victime d'un **Accident Corporel** ou d'un **événement médical** provoqué par un tiers pendant **Vo**tre **Voyage** en dehors du **Pays de Résidence**. **Nous** prendrons également en charge les honoraires nécessaires et raisonnables d'un interprète dont **Nous** organiserons la prestation pour les débats au tribunal.

### COMMENT NOUS RÉGLONS LES DEMANDES D'INDEMNISATION RELATIVES AUX FRAIS DE PROCÉDURE JUDICIAIRE ET AUX HONORAIRES D'AVOCAT :

**Nous** désignerons un membre de **Notre Panel** pour traiter **Vo**tre cas. Cependant, si **Vo**us décidez de nommer un **Conseiller** de **Vo**tre choix pour qu'il agisse en **Vo**tre nom, **Vo**us **Nous** tiendrez informé à cet effet. **Nous Vo**us préciserons toutes les conditions concernant cette désignation, au moment de la réception de **Vo**tre notification.

## CONDITIONS SPÉCIALES

1. **Vous** devez **Nous** informer d'une demande d'indemnisation dès que raisonnablement possible et en tout état de cause dans les 30 jours suivant **Votre** découverte de tout sinistre susceptible d'entraîner une demande d'indemnisation.
2. **Nous** **Vous** fournirons un formulaire de demande d'indemnisation qui devra **Nous** être retourné dans les meilleurs délais avec toutes les informations pertinentes que **Nous** exigerons. **Vous** devez fournir à **Vos** propres frais toutes les informations que **Nous** exigeons de manière raisonnable pour décider si une demande d'indemnisation peut être déclarée recevable.
3. En cas de litige concernant les **Frais de Conseiller**, **Nous** pouvons **Vous** demander de changer de **Conseiller**.
4. **Nous** ne prendrons en charge les **Frais de Conseiller** que pour les missions que **Nous** aurons expressément autorisées au préalable et par écrit, et qui sont entreprises avec des chances raisonnables de succès. Si **Vous** engagez les services d'un **Conseiller** de **Votre** choix au lieu du **Conseiller** du **Panel** que **Nous** avions désigné, **Vos Frais de Conseiller** seront couverts tant qu'ils ne dépassent pas **Nos Frais de Conseiller du Panel** standard.
5. **Vous** devez supporter tous les **Frais de Conseiller** si **Vous** abandonnez l'action en justice, autrement que sur les conseils de **Votre Conseiller**, sans **Notre** consentement préalable. **Vous** **Nous** rembourserez les **Frais de Conseiller** ou autres sommes déjà versées au titre de la présente garantie.
6. **Nous** n'entamerons pas de poursuites légales dans des pays différents pour un même événement.
7. **Nous** pouvons choisir d'engager des poursuites légales aux États-Unis d'Amérique ou au Canada sur la base du système d'honoraires conditionnels en place dans ces pays.

## CE QUI N'EST PAS COUVERT

1. Les demandes d'indemnisation pour lesquelles **Nous** estimons qu'il existe raisonnablement peu de probabilité pour que **Vous** gagniez le procès ou que **Vous** parveniez à un accord satisfaisant.
2. Les frais et les dépenses engagés avant que **Nous** n'acceptions **Votre** demande par écrit.
3. Les procédures qui ne sont pas déclarées à **AXA Assistance** dans les 30 jours suivant la date de l'incident.
4. Des procédures contre un transporteur, une agence de **Voyage**, un tour opérateur, contre **Nous**, Inter Partner Assistance, AXA Travel Insurance Limited, American Express et **AXA Assistance** ou leurs représentants.
5. Les procédures contre un tiers avec lequel **Vous** voyagez ou contre une autre **Personne Assurée** ou toute autre personne couverte au titre d'un contrat American Express.
6. Les poursuites judiciaires lorsque, d'après **Notre** estimation, l'indemnité est inférieure à 750 €.
7. Les poursuites engagées dans plusieurs pays.
  
8. Les frais d'avocat dès lors que le jugement de **Votre** action en justice est en **Votre** faveur.
9. Les pénalités ou amendes qu'un Tribunal prononce contre **Vous**.
10. Toute action en justice n'étant pas du ressort strict de **Votre** vie privée.
11. Une action en justice dans **Votre Pays de Résidence**

## 19. SECTION L – ASSISTANCE A DOMICILE

### CE QUI EST COUVERT

En cas de dommages occasionnés à **Votre Domicile**, alors que **Vous** êtes en **Voyage**, sur le système de d'évacuation ou de plomberie domestique, d'approvisionnement en gaz domestique ou en électricité, la toiture, les serrures extérieures, les portes, les fenêtres ou le système fixe de chauffage, **Nous** ferons en sorte qu'un de **Nos** hommes de métier agréés **Vous** contacte pour procéder aux réparations d'urgence.

**Nous** paierons les frais d'intervention et une heure de main-d'œuvre d'une personne. **Nous** paierons également tous matériaux/ pièces utilisés pour procéder à une réparation, jusqu'à concurrence du montant indiqué dans le **Tableau des Garanties** (TVA incluse).

## CE QUI N'EST PAS COUVERT

1. Plus d'une heure de main-d'œuvre d'une personne.
2. Plus de 100 € de dépenses (TVA incluse) pour des matériaux/ pièces utilisés pour procéder à une réparation.
3. Toute indisponibilité des toilettes due à des raisons autres que le bris ou une soudaine panne mécanique.
4. Toute panne du système de chauffage central sauf en cas de risque de dégât de gel pour **Votre Domicile**.
5. Toutes situations d'urgence provoquées par des fuites de tuyaux ou d'appareils à eau.
6. Fuites excessives ou infiltrations progressives dues à des joints d'étanchéité défectueux ; toute demande d'indemnisation impliquant une fosse septique ; détartrage ou travaux relatifs à l'élimination de dépôts de tartre d'eau dure.
7. Tous dommages sur les biens à l'intérieur du **Domicile**.
8. Tous dommages provoqués par l'homme de métier accédant par nécessité à **Votre Domicile**.
9. Toute somme à verser dès lors que la dépense est recouvrable en vertu de tout autre accord ou contrat d'assurance.
10. Toutes dépenses que **Nous** n'avons pas autorisées en premier lieu.

## 20. SECTION M – RETOUR IMPOSSIBLE

### FRAIS DE DÉPLACEMENT

#### CE QUI EST COUVERT

Si **Votre** tour-opérateur ou fournisseur de transport cesse ses activités et ne prévoit pas de moyen transport de substitution raisonnable pour le retour dans **Votre Pays de Résidence** partant dans les 72 heures de **Votre** horaire initial de départ à destination de **Votre Domicile**, **Nous** **Nous** chargerons du paiement jusqu'à concurrence du montant indiqué dans le **Tableau des Garanties** de ce qui suit :

1. les dépenses nécessaires pour **Votre** transfert vers un autre aéroport ou un terminal de transport ; et
2. les dépenses nécessaires pour **Votre** transport dans un autre logement ; et
3. frais de déplacement supplémentaire ou de substitution.

### FRAIS D'URGENCE

#### CE QUI EST COUVERT

En plus des FRAIS DE DÉPLACEMENT, **Nous** paierons jusqu'à concurrence du montant indiqué dans le **Tableau des Garanties** par nuit les frais d'hébergement et de restauration (d'une qualité comparable à celle relative à **Votre** réservation d'hébergement) engagés après **Votre** heure initiale de départ affichée jusqu'à **Votre** nouvelle date de départ.

### RETOUR AU DOMICILE DES ENFANTS

#### CE QUI EST COUVERT

**Nous** paierons jusqu'à concurrence du montant indiqué dans le **Tableau des Garanties** les déplacements, repas et l'hébergement qu'un parent ou **Vous-même** utiliserez pour récupérer **Vos** enfants et les ramener au **Domicile**, ceux-ci ayant voyagé sans adulte, s'ils sont bloqués en raison de la cessation d'activité d'un fournisseur de transport.

## CONDITIONS SPÉCIALES

1. Toutes les dépenses doivent être approuvées au préalable par **Nos** soins et tous les reçus doivent être conservés à titre de preuve d'achat.
2. Toutes les sommes sont valables uniquement pour les dépenses réelles au-delà de toute indemnisation versée par toute autre entité.

## CE QUI N'EST PAS COUVERT

Tous dépenses supplémentaires engagées à la suite du refus d'un autre **Voyage** raisonnable organisé dans un laps de temps raisonnable.

## 21. PROCÉDURE DE DEMANDE D'INDEMNISATION

Veillez lire la section appropriée des garanties pour savoir



exactement ce qui est couvert ou non, en faisant particulièrement attention aux conditions, limitations et exclusions.

Présentation d'une demande d'indemnisation.

1. En cas d'urgence, **Vous** devez tout d'abord appeler **AXA Assistance** au +33 (1)72 25 67 92 choix 1 (**Vous** devez avancer tous les frais engagés pour une maladie ou une blessure bénigne puis faire une demande d'indemnisation). Ce service est disponible 24 heures sur 24 et 365 jours.
2. Pour toutes les autres demandes d'indemnisation, appelez **Notre Assistance** téléphonique Demandes d'indemnisation au +33 (1)72 25 67 92 choix 2 (du lundi au vendredi, de 9h00 à 17h00) pour obtenir un formulaire de demande d'indemnisation. **Vous** devrez indiquer :
  - **Votre** nom,
  - **Votre** numéro de contrat d'Assurance Voyages American Express,
  - les grandes lignes de **Votre** demande.**Nous Vous** demandons de **Nous** informer dans les 28 jours suivant **Votre** découverte de tout sinistre ou perte conduisant à une demande d'indemnisation, et de **Nous** retourner **Votre** formulaire de demande d'indemnisation rempli et toute information complémentaire dans les plus brefs délais.
3. Informations complémentaires.  
**Vous** devez fournir toutes **Vos** factures et tous **Vos** reçus et rapports originaux etc. **Vous** devez **Vous** reporter à la section en vertu de laquelle **Vous** formulez une demande d'indemnisation afin de connaître les conditions spécifiques et les détails des éventuelles pièces justificatives que **Vous** devez **Nous** fournir. Il est toujours conseillé de conserver des copies de tous les documents que **Vous Nous** envoyez.
4. Gestionnaire des demandes d'indemnisation.  
Pour **Nous** aider à parvenir à un règlement rapide et juste d'une demande d'indemnisation, il peut parfois être nécessaire pour **Nous** de nommer un gestionnaire des demandes d'indemnisation.

## **22. DELAI DE REGLEMENT DES SINISTRES**

Dès lors que **Votre** dossier est complet, **Votre** indemnisation intervient dans les 10 jours suivant l'accord intervenu entre **Nous** ou la décision judiciaire exécutoire.

## **23. SUBROGATION DANS VOS DROITS ET ACTIONS**

En contrepartie du paiement de l'indemnité et à concurrence du montant de celle-ci, **Nous** devenons bénéficiaires des droits et actions que **Vous** possédiez contre tout responsable du sinistre, conformément à l'article L121-12 du Code des Assurances.

Si **Nous** ne pouvons plus exercer cette action, par votre fait, **Nous** pouvons être déchargés de tout ou partie de **Nos** obligations envers **Vous**.

## **24. PRIME**

Inter Partner Assistance procédera à l'encaissement de la prime dont le montant figure aux **Conditions Particulières** le jour de la Souscription.

## **25. REVISION DE LA PRIME**

La prime peut être révisée chaque année à l'échéance du contrat.

Dans ce cas, le **Souscripteur** a la faculté de demander la résiliation du contrat dans les trente jours suivant celui où il a eu connaissance de cette majoration.

Cette résiliation prend effet un mois après sa notification par lettre recommandée, par le **Souscripteur**, le cachet de la poste faisant foi.

Le **Souscripteur** reste néanmoins tenu de nous verser la

portion de prime calculée à l'ancien tarif pour la période allant jusqu'à la date de résiliation.

A défaut de cette résiliation, l'augmentation de la prime prend effet à compter de la date portée sur l'appel de prime.

## **26. RESILIATION DE LA SOUSCRIPTION**

La Souscription et les garanties cessent :

- En cas d'exercice, par **Vous**-même, de **Votre** droit à renonciation, à la date d'envoi de la lettre de renonciation, le cachet de la poste faisant foi ;
- En cas de non paiement de la prime, en application des dispositions de l'article L113-3 du Code des assurances ;
- Dans tous les autres cas prévus par le Code des assurances.

Le contrat Annuel est conclu pour une période d'un an. A l'issue de ce premier an, il sera renouvelé tacitement d'année en année. **Vous** avez la possibilité de résilier **Votre** contrat à la fin de chaque période annuelle d'assurance moyennant préavis de deux mois.

## **27. PLURALITE D'ASSURANCES**

Conformément aux dispositions de l'Article L.121-4 du Code des Assurances, quand plusieurs assurances sont contractées sans fraude, chacune d'elle produit ses effets dans les limites des garanties de chaque Contrat, et dans le respect des dispositions de l'Article L.121-1 du Code des Assurances.

Pour le règlement de vos sinistres, vous pouvez vous adresser à l'assureur de votre choix.

## **28. PROCÉDURE DE RÉCLAMATION**

### **NOUS SOMMES À VOTRE ÉCOUTE**

**Nous** faisons en sorte de **Vous** fournir une qualité de service qui réponde à **Vos** attentes. Cependant, il peut arriver que **Vous** ayez le sentiment que **Vous** n'avez pas reçu le niveau de prestation auquel **Vous** pensez avoir droit. Dans ce cas, **Nous** souhaitons le savoir afin d'apporter des actions correctrices.

### **COMMENT NOUS CONTACTER :**

**Vous** devez contacter **AXA Assistance** au +33 (1)72 25 67 92 choix 2 du lundi au vendredi de 9h à 17h. Une grande majorité des réclamations seront rapidement résolues à ce stade, mais si **Vous** n'étiez pas satisfait, **Vous** avez la possibilité de poursuivre la procédure :

### **ÉTAPE 1 – PRÉSENTER VOTRE RÉCLAMATION**

Communiquez-**Nous Vos** noms et coordonnées téléphoniques. Indiquez **Votre** numéro de contrat d'Assurance Voyages American Express et/ ou le numéro de demande d'indemnisation. Expliquez clairement et de façon concise l'objet de **Votre** réclamation.

### **ÉTAPE 2 – CONTACTER LE SIÈGE D'AXA TRAVEL INSURANCE**

Si **Votre** réclamation est l'une des rares qui n'a pas reçu de réponse satisfaisante à ce stade, contactez le Responsable de la Relation Clients, par écrit et dans la langue de **Votre** choix, afin qu'il fasse des recherches au nom du Directeur général : AXA Travel Insurance, Head of Customer Care, The Quadrangle, 106-118 Station Road, Redhill, RH1 1PR, Royaume-Uni. **Vous** pouvez également **Nous** envoyer un courriel à l'adresse : [customer.support@axa-travel-insurance.com](mailto:customer.support@axa-travel-insurance.com)

Si un désaccord subsiste, **Vous** avez la faculté de faire appel au médiateur dont les coordonnées **Vous** seront alors communiquées par AXA Travel Insurance et ceci, sans préjudice des autres voies d'actions légales.

## **29. AUTORITE DE CONTROLE**

### **IPA**

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

## ACP

Autorité de Contrôle Prudentiel :  
61, rue Taitbout – 75436 Paris CEDEX 09.  
Téléphone : 01 49 95 40 00

## ORIAS

Organisme pour le Registre des Intermédiaires en Assurance  
: 1 rue Jules Lefebvre – 75311 Paris CEDEX 09.  
Téléphone : 01 53 21 51 70 - Télécopie : 01 53 21  
51 <http://www.orias.fr/>

## 30. UTILISATION DE VOS DONNÉES PERSONNELLES

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

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

- a) Utiliser les informations de l'Assuré ou de celles des personnes bénéficiant des garanties, afin de fournir les services décrits dans les présentes Conditions Générales. En utilisant les services d'AXA Assistance, l'Assuré consent à ce qu'AXA Assistance utilise ses données à cette fins ;
- b) Transmettre les données personnelles de l'Assuré et les données relatives à son Contrat, aux entités du Groupe AXA, aux prestataires de services d'AXA Assistance, au personnel d'AXA Assistance, et à toutes personnes susceptibles d'intervenir dans les limites de leurs attributions respectives, afin de gérer le dossier de sinistre de l'Assuré, lui fournir les garanties qui lui sont dues au titre de son Contrat, procéder aux paiements, et transmettre ces données dans les cas où la loi l'exige ou le permet ;
- c) Procéder à l'écoute et/ou à l'enregistrement des appels téléphoniques de l'Assuré dans le cadre de l'amélioration et du suivi de la qualité des services rendus ;
- d) Procéder à des études statistiques et actuarielles ainsi qu'à des analyses de satisfaction clients afin de mieux adapter nos produits aux besoins du marché ;
- e) Obtenir et conserver tout document photographique pertinent et approprié du bien de l'Assuré, afin de fournir les services proposés dans le cadre de son contrat d'assistance et valider sa demande ; et
- f) Procéder à l'envoi d'enquêtes qualité (sous forme de demandes à retourner ou de sondages) relatives aux services d'AXA Assistance et autres communications relatives au service clients.
- g) Utiliser les données personnelles dans le cadre d'un traitement de lutte contre la fraude ; ce traitement pouvant conduire, le cas échéant, à une inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.

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

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

Délégué à la Protection des données

### AXA Assistance

6, rue André Gide  
92320 Châtillon

Email : [dpo.axapartnersfrance@axa-assistance.com](mailto:dpo.axapartnersfrance@axa-assistance.com)

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

Pour toute utilisation des données personnelles de l'Assuré à d'autres fins ou lorsque la loi l'exige, AXA Assistance solliciter son consentement.

L'Assuré peut revenir à tout moment sur son consentement.

En souscrivant au présent contrat et en utilisant ses services, l'Assuré reconnaît qu'AXA Assistance peut utiliser ses données à caractère personnel et consent à ce qu'AXA Assistance utilise les données sensibles décrites précédemment. Dans le cas où l'Assuré fournit à AXA Assistance des informations sur des tiers, l'Assuré s'engage à les informer de l'utilisation de leurs données comme défini précédemment ainsi que dans la politique de confidentialité du site internet d'AXA Assistance (voir ci-dessous).

L'Assuré peut obtenir, sur simple demande, copie des informations le concernant. Il dispose d'un droit d'information sur l'utilisation faite de ses données (comme indiqué dans la politique de confidentialité du site AXA Assistance – voir ci-dessous) et d'un droit de rectification s'il constate une erreur.

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

Délégué à la protection des données

### AXA Assistance

6, rue André Gide  
92320 Châtillon

Email : [dpo.axapartnersfrance@axa-assistance.com](mailto:dpo.axapartnersfrance@axa-assistance.com)

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



## CONDITIONS GENERALES

### ASSURANCES VOYAGES ANNUELLE ET TEMPORAIRE AMERICAN EXPRESS MEDICALE

DUREE DU VOYAGE	ASSURANCE VOYAGE MEDICALE TEMPORAIRE	ASSURANCE VOYAGE MEDICALE ANNUELLE
Durée du Voyage maximale	31 jours	60 jours

#### TABLEAU DES GARANTIES

Les indemnités sont indiquées par Personne Assurée et par Voyage, sauf indication contraire.

	ASSURANCE VOYAGE MÉDICALE ANNUELLE ET TEMPORAIRE	FRANCHISE par événement
<b>Section A – Assistance médicale, frais médicaux et assistance rapatriement à l'étranger</b>		
Frais médicaux à l'étranger	jusqu'à 150 000 € pour les États-Unis, les Caraïbes et le Canada, jusqu'à 75 000 € pour le reste du monde	75 €
Rapatriement et Évacuation Sanitaire	frais réels	
Soins dentaires d'urgence	250 €	
Présence d'un Parent Proche/ ami si la Personne Assurée est hospitalisée	jusqu'à 100 € par jour, max. 10 jours + billet classe économique	
Prolongation de séjour à la suite d'un traitement médical pour une Personne Assurée/ un accompagnateur	jusqu'à 100 € par jour, max. 10 jours + billet classe économique	
Retour au domicile des enfants	jusqu'à 100 € par jour, max. 3 jours + billet classe économique	
Frais de recherche et de secours	5 000 €	
Enfants nés à la suite de Complications de Grossesse, maximum par événement	jusqu'à 150 000 € pour les États-Unis, les Caraïbes et le Canada, jusqu'à 75 000 € pour le reste du monde	
Frais funéraires à l'étranger et rapatriement de dépouilles mortelles maximum	jusqu'à 4 500 €	-
<b>Section B – Indemnité hospitalisation à l'étranger</b>		
Pour hospitalisation d'au moins 5 jours	jusqu'à 100 € par jour, max. 10 jours	-

#### OPTIONS DISPONIBLES sous réserve du paiement d'une prime supplémentaire

Voici la liste des Options Disponibles selon l'Assurance Voyages American Express souscrite	Assurances Voyages Temporaires American Express Médicale	Assurances Voyages Annuelles American Express Médicale
<b>OPTION RACHAT DE FRANCHISE</b> Aucune franchise ne s'appliquera sur les garanties énoncées précédemment	X	X
<b>OPTION DOUBLEMENT DES FRAIS MÉDICAUX</b> Frais médicaux à l'étranger : 300 000 € pour les États-Unis, les Caraïbes et le Canada et 150 000 € pour le reste du monde	X	X

**NUMERO DE TELEPHONE D'URGENCE : VEUILLEZ CONTACTER AXA ASSISTANCE AU  
+33 (1)72 25 67 92 Choix 1 24h/24 7j/7**

**NUMERO DE TELEPHONE POUR DECLARER UN SINISTRE : VEUILLEZ CONTACTER AXA ASSISTANCE AU  
+33 (1)72 25 67 92 Choix 2 du lundi au vendredi de 9h à 17h**

## SOMMAIRE

1. PRÉSENTATION GÉNÉRALE .....	2
2. CONDITIONS DE SOUSCRIPTION .....	2
3. CONDITIONS IMPORTANTES A SAVOIR.....	3
4. DÉFINITIONS .....	3
5. DISPOSITIONS GÉNÉRALES .....	5
6. EXCLUSIONS GÉNÉRALES.....	6
7. AIDE D'URGENCE.....	6
8. SECTION A – ASSISTANCE MÉDICALE, FRAIS MÉDICAUX ET ASSISTANCE RAPATRIEMENT À L'ÉTRANGER.....	7
9. SECTION B – INDEMNITÉ HOSPITALISATION À L'ÉTRANGER .....	8
10. PROCÉDURE DE DEMANDE D'INDEMNISATION.....	8
11. DELAI DE REGLEMENT DES SINISTRES.....	9
12. SUBROGATION DANS VOS DROITS ET ACTIONS .....	9
13. PRIME.....	9
14. REVISION DE LA PRIME.....	9
15. RESILIATION DE LA SOUSCRIPTION .....	9
16. PLURALITE D'ASSURANCES.....	9
17. PROCÉDURE DE RÉCLAMATION .....	9
18. AUTORITE DE CONTROLE.....	9
19. UTILISATION DE VOS DONNÉES PERSONNELLES.....	9

## 1. PRÉSENTATION GÉNÉRALE

Les Conditions Générales de Votre contrat d'Assurance Voyage American Express Médicale décrivent le détail des garanties, les plafonds et les exclusions qui s'appliquent à chaque **Personne Assurée** et constituent la base sur laquelle **Vos** déclarations de sinistres seront réglées. **Votre** contrat est validé par l'émission des **Conditions Particulières** qui doivent être jointes aux Conditions Générales. Si un renseignement figurant dans les **Conditions Particulières** est erroné, ou en cas d'évolution de **Vos informations** de quelque manière que ce soit, **Vous** êtes tenu de contacter **AXA Assistance** dans les meilleurs délais au +33 (1)72 25 67 92 choix 3 du lundi au vendredi de 9h à 17h.

En contrepartie du paiement de la prime, **Nous Vous** fournirons les assurances conformément aux différents chapitres des Conditions Générales auxquelles font référence **Vos Conditions Particulières**. Toutes les garanties et **Franchises** sont applicables par **Personne Assurée**, par section applicable et par **Voyage** tel que détaillé dans le **Tableau des Garanties**.

American Express Carte-France, société de courtage d'assurances, intervient en tant que courtier.

American Express Carte-France, société anonyme au capital de 77 873 000 euros, RCS de Nanterre 313 536 898, dont le siège social est situé 4, rue Louis Blériot – 92561 Rueil-Malmaison Cedex, Courtier d'assurance immatriculé à l'Orias sous le n° 07 023 512 (www.oriass.fr).

## ASSUREUR

Les garanties au titre du présent contrat sont souscrites par Inter Partner Assistance (IPA), dont le siège social est sis au 10/11 Mary Street, Dublin 1, Irlande (numéro d'immatriculation de la société 906006) et qui est soumis à l'autorité de la Banque Centrale Irlandaise. IPA est une succursale d'Inter Partner Assistance SA, société belge sise Avenue Louise, 166 bte1, 1050, Bruxelles, qui est autorisée à exercer par la Banque Nationale de Belgique. Certains des services fournis au titre du présent contrat seront fournis par le représentant d'IPA, AXA Travel Insurance (numéro d'immatriculation de la société : 426087), sis à la même adresse en Irlande. Toutes ces sociétés font partie du Groupe AXA Assistance.

## 2. CONDITIONS DE SOUSCRIPTION

### PAYS DE RÉSIDENCE

Désigne le pays dans lequel se situe **Votre** résidence fiscale (devant être justifiable par tout document officiel), avant la date d'émission du présent contrat d'assurance. **Vous** ne pouvez pas souscrire à ce contrat, à moins de résider en **France** de façon permanente.

## ACHAT/ RENOUELEMENT

Les garanties acquises au titre du présent contrat sont effectives à compter de la date d'effet mentionnée aux **Conditions Particulières**.

- Pour les Assurances Voyages Temporaires American Express Médicale, elles cessent à la date de retour de **Votre Voyage** mentionnée dans **Vos Conditions Particulières**.

- Pour les Assurances Voyages Annuelles American Express Médicale, le contrat est valable 1 an à compter de sa date d'effet mentionnée aux **Conditions Particulières**. A l'issue de cette première période, il est reconductible tacitement d'année en année à sa date d'échéance et il peut être résilié par le **Souscripteur** moyennant un préavis de deux mois.

Le contrat d'Assurance Voyage Annuelle American Express Médicale devra prendre effet dans les 30 jours suivant sa date de souscription.

Afin d'assurer une couverture continue dans le cadre d'une Assurance Voyage Annuelle American Express, **Nous** conserverons les renseignements relatifs à **Votre** paiement afin que **Nous** puissions continuer à encaisser les primes lorsque **Nous** renouvelons **Votre** contrat. Chaque année, **Nous Vous** ferons parvenir une notification préalable au renouvellement, **Vous** informant de toute éventuelle modification apportée à **Vos Conditions Particulières** et pour **Vous** conseiller de consulter les Conditions Générales afin de vérifier si elles répondent à **Vos** besoins.

## DELAÏ DE RETRACTATION

Pour les Assurances Voyages Annuelles American Express Médicale, **Vous** avez la possibilité de renoncer librement et sans pénalité aux garanties du contrat dans un délai de 14 jours calendaires révolus à compter de **Votre** souscription, sous réserve que **Vous** n'ayez pas voyagé et qu'aucune demande d'indemnisation n'ait été présentée. **Nous Vous** rembourserons la prime dans son intégralité. **Pour** résilier ce contrat **Vous** devrez adresser une lettre de renonciation, dûment complétée, datée et signée avant l'expiration de ce délai de 14 jours à l'adresse suivante : AXA Assistance, Service Gestion Assurance Voyages American Express, BP 70068, 77214 Avon Cedex (France). Ci-joint un modèle de lettre de renonciation : "Je soussigné(e), Nom, Prénom, date et lieu de naissance - souhaite renoncer aux garanties du contrat d'Assurance Voyage American Express Médicale auquel j'ai adhéré le...(Date). Fait à (lieu). Le (Date) et signature: ...".

Pour les Assurances Voyages Temporaires American Express Médicale, **Vous** ne bénéficiez pas de la faculté de rétractation.

## TYPE D'ASSURANCE ET DE COUVERTURE

L'Assurance Voyage American Express Médicale peut être Temporaire ou Annuelle. Pour plus de détails sur **Votre** contrat, veuillez **Vous** référer à **Vos Conditions Particulières** où apparaît la couverture de **Votre** choix.

En cas de souscription à un contrat d'Assurance Voyage Annuelle American Express Médicale, les garanties sont acquises à condition de ne pas voyager plus de 183 jours par an.

À noter que si **Votre Voyage** excède :

- 31 jours consécutifs pour la souscription d'une Assurance Voyage Temporaire American Express Médicale, **Vous** ne serez plus couvert à partir du 32<sup>ème</sup> jour.
- 60 jours consécutifs pour la souscription d'une Assurance Voyage Annuelle American Express Médicale, **Vous** ne serez plus couvert à partir du 61<sup>ème</sup> jour.

## OPTIONS DISPONIBLES

**Vous** avez la possibilité de souscrire à des **Options Disponibles** qui figureront dans **Vos Conditions Particulières** si **Vous** avez réglé la prime correspondante.

## TYPE DE CONTRATS

Individuel – l'Assuré Principal.

(engagés dans une union de fait) ou fiancé(e), engagés ensemble dans une relation privée et résidant à la même adresse. Dans le cadre de l'Assurance Voyage Annuelle American Express Médicale, l'Assuré Principal et l'autre Assuré adulte sont couverts pour les Voyages de manière distincte et pour différentes destinations.

**Famille - l'Assuré Principal** et son conjoint demeurant à la même adresse et leurs enfants, beaux enfants ou enfants adoptifs âgés de moins de 18 ans, ou enfants célibataires de moins de 25 ans fiscalement à charge qui accompagnent les parents ou tout tuteur légal assuré en vertu des mêmes Conditions Générales et dont le nom figure sur les Conditions Particulières, participant à tout Voyage pour une même destination. Dans le cadre de l'Assurance Voyage Annuelle American Express Médicale, l'Assuré Principal et les autres Assurés sont couverts pour les Voyages de manière distincte et pour différentes destinations.

**Famille monoparentale - l'Assuré Principal** et ses enfants, beaux enfants ou enfants adoptifs âgés de moins de 18 ans ou enfants célibataires de moins de 25 ans fiscalement à charge, qui accompagnent le parent ou tout tuteur légal assuré en vertu des mêmes Conditions Générales, participant à tout Voyage pour une même destination. Dans le cadre de l'Assurance Voyage Annuelle American Express Médicale, l'Assuré Principal et les autres Assurés sont couverts pour les Voyages de manière distincte et pour différentes destinations.

**Groupe - l'Assuré Principal** et jusqu'à un maximum de 9 autres personnes, voyageant ensemble lors d'un Voyage vers une destination commune couvert par un contrat d'Assurance Voyage Temporaire American Express Médicale.

#### SANCTIONS APPLICABLES EN CAS DE FAUSSE DECLARATION A LA SOUSCRIPTION

Toute réticence ou fausse déclaration, toute omission ou inexactitude dans la déclaration du risque est sanctionnée dans les conditions prévues par les articles L113-8 et L113-9 du Code des Assurances :

- En cas de mauvaise foi de votre part : par la nullité du contrat
- Si votre mauvaise foi n'est pas établie : par une réduction de l'indemnité en proportion de la prime payée par rapport à la prime qui aurait été due si le risque avait été complètement et exactement déclaré.

### **3. CONDITIONS IMPORTANTES A SAVOIR**

1. La couverture prévue par les Garanties de la Section A – Assistance médicale, frais médicaux et assistance rapatriement à l'étranger et de la Section B – Indemnité hospitalisation à l'étranger, est exclue dans le **Pays de Résidence**.
2. Les demandes d'indemnisation découlant directement ou indirectement de tout **Etat Préexistant** ne sont PAS couvertes.
3. **Vous** ne serez PAS couvert par ces garanties si **Vous** voyagez contre l'avis d'une **Autorité Médicale** (ou si **Vous** voyagez contre l'avis d'une **Autorité Médicale** que **Vous** auriez pu consulter) ;
4. **Vous** ne serez PAS couverts par les garanties quand **Vous** entreprenez un **Voyage** à l'étranger dans le but d'obtenir un traitement ou une consultation médicale ;
5. **Vous** ne serez PAS couverts par les garanties si **Vous** avez un symptôme non diagnostiqué qui requiert une attention toute particulière ou un examen dans le futur, c'est-à-dire un symptôme pour lequel **Vous** attendez des examens ou des consultations, ou des résultats d'examens, lorsque la cause sous-jacente n'a pas été établie.
6. Si **Vous** êtes victime d'une blessure, d'une maladie, **Vous** devez immédiatement appeler **AXA Assistance** au +33 (1)72 25 67 92 choix 1 pour signaler une **Urgence Médicale** ou demander un rapatriement.
7. Ces garanties et Conditions Générales seront régies par, et soumises au droit français.
8. Toutes les indemnisations répertoriées dans le **Tableau des Garanties** sont indiquées par **Personne Assurée** et par **Voyage**, sauf indication contraire.

### **4. DÉFINITIONS**

Chaque mot ou expression à laquelle une signification particulière est donnée a le même sens tout au long des présentes Conditions Générales (sauf indication contraire) et apparaît en gras.

#### **Accident Corporel**

– blessure corporelle identifiable causée par une action extérieure, soudaine, violente, inattendue et précise. Une blessure occasionnée par une exposition inévitable aux éléments naturels est considérée comme un **Accident Corporel**.

#### **Acte de Terrorisme**

– acte commis pour des raisons politiques, religieuses, idéologiques ou autres dans l'intention d'influencer un gouvernement ou d'effrayer la société ou une partie de la société, y compris mais non limité à l'usage de la force ou de la violence et/ ou de menaces de la part de toute personne ou groupe(s) de personne, qu'elle agisse seule, pour le compte de, ou en rapport avec une (des) organisation(s) ou un (des) gouvernement(s).

#### **Atteinte(s) Corporelle(s)**

– toute maladie, affection, ou blessure médicale ou psychologique.

#### **Assuré Principal**

– la personne désignée en premier sur les **Conditions Particulières**.

#### **Autorité Médicale**

– personne titulaire d'un diplôme de médecine ou de chirurgie dûment autorisée à exercer, reconnue par la loi du pays où le traitement est dispensé et qui, en dispensant ce traitement, exerce dans le champ d'application de son autorisation et de sa formation, et qui n'a aucun lien de parenté ou autre avec **Vous** ou un compagnon de voyage.

#### **AXA Assistance**

– le prestataire de service, dépendant d'AXA Travel Insurance 10/11 Mary Street, Dublin 1, Irlande (numéro d'immatriculation de la société 426087).

#### **Caraïbes**

- Anguilla, Antigua et Barbuda, Antilles néerlandaises, Aruba, Bahamas, Barbade, Bermudes, îles Vierges britanniques, les îles Cayman, Cuba, Dominique, Grenade, Guadeloupe, Haïti, Jamaïque, Martinique, Montserrat, île de Navassa, Porto Rico, République dominicaine, Saint Barthélemy, Saint-Kitts-et-Nevis, Sainte-Lucie, Saint Martin, Saint-Vincent-et-les- Grenadines, Trinité-et-Tobago, Turks et Caïques, les îles Vierges américaines.

#### **Complications de Grossesse**

– les complications suivantes imprévues de grossesse, telles que certifiées par une **Autorité Médicale** : toxémie ; hypertension gestationnelle ; pré-éclampsie ; grossesse extra- utérine ; môle hydatiforme (grossesse molaire) ; hyperémèse ; hémorragie du troisième trimestre ; décollement placentaire, placenta praevia, hémorragie de la délivrance ; membrane à rétention placentaire ; fausse couche ; mort à la naissance ; césarienne d'urgence par nécessité médicale/ interruption médicalement nécessaire et toutes naissances prématurées ou tentatives d'accouchement avant terme plus de 8 semaines (ou 16 semaines dans le cas d'une grossesse multiple) avant la date prévue de l'accouchement.

#### **Conditions Particulières**

– document, émis lors de la souscription au présent contrat et prenant effet à compter de **Notre** acceptation de la prime. Elles

comprennent les renseignements fournis à AXA Travel Insurance : le type de contrat, la liste des **Personnes Assurées**, le niveau de couverture choisi, la **Période de Couverture**, la **Territorialité**, les restrictions d'âge, le montant de la prime ainsi que les options achetées.

#### **Domicile**

– **Votre** lieu de résidence habituel dans **Votre Pays de Résidence**.

#### **État(s) Préexistant(s)**

– toute **Atteinte Corporelle** passée ou présente ayant provoqué des symptômes, ou pour laquelle toute forme de traitement ou de prescription, consultation médicale, examen ou suivi/ bilan de santé a été requis ou reçu au cours des 12 mois précédant l'entrée en vigueur de la couverture au titre des présentes Conditions Générales et/ ou précédant tout **Voyage**.

#### **Fait Générateur**

– l'**Accident Corporel**, l'**Atteinte Corporelle**, le décès, le problème juridique ou tout événement justifiant **Notre** intervention tel que stipulé au niveau des garanties du présent contrat.

#### **France**

– France métropolitaine (Corse comprise), Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion et Mayotte.

#### **Franchise(s)**

– dans la plupart de **Nos** garanties, une franchise est appliquée. La **Franchise** est le montant resté à **Votre** charge pour chaque demande d'indemnisation et chaque **Fait Générateur** et pour chaque **Personne Assurée** comme indiqué dans le **Tableau des Garanties**, sauf si **Vous** avez choisi de souscrire l'**Option Rachat de Franchise**.

Une **Franchise** de 200 € s'appliquera à toute déclaration de sinistre liée à la Section A – Assistance médicale, frais médicaux et assistance rapatriement à l'étranger si **Vous** avez pris part à une activité du Groupe B – **Sports et Activités**. Cette **Franchise** ne peut pas être réduite ou supprimée par la souscription à l'**Option Rachat de Franchise**.

#### **Moyen de Transport Public**

– tout autobus, taxi, ferry-boat, aéroglisseur, hydrofoil, navire, train, tramway ou métro appartenant et exploité par un transporteur dûment agréé pour le transport payant de passager, et tout avion appartenant et exploité par une compagnie régulière ou charter dûment agréée pour le transport payant de passagers sur lignes régulières, et pour lequel **Vous** avez réservé **Votre Voyage**.

#### **Notre/ Nos/ Nous**

– Inter Partner Assistance, 10/11 Mary Street, Dublin 1, Irlande, et/ ou Inter Partner Assistance SA (IPA), Avenue Louise, 166 bte1, 1050, Bruxelles, Belgique et/ ou AXA Travel Insurance, sis à la même adresse en Irlande. Toutes ces sociétés font partie du Groupe AXA Assistance.

#### **Option Doublement des frais médicaux**

– Cette option **Vous** permet de doubler le plafond des frais médicaux. Nous remboursons à concurrence du plafond par **Voyage** indiqué dans le Tableau des Options Disponibles qui se trouve sous le **Tableau des Garanties**. Elle figurera dans **Vos Conditions Particulières** si **Vous** avez réglé la prime correspondante.

#### **Option Rachat de Franchise**

– **Vous** pourrez choisir de régler une prime supplémentaire pour acquérir l'Option Rachat de Franchise. En achetant l'Option Rachat de Franchise, **Vous** ne serez plus responsable

financièrement à titre personnel de la **Franchise** lors de la présentation d'une demande d'indemnisation. **Vous** ne pourrez pas opter pour l'achat de l'Option Rachat de Franchise dès lors que **Vous** avez réellement connaissance d'une éventuelle demande d'indemnisation ou qu'une de **Vos** demandes d'indemnisation est à l'étude.

Une **Franchise** de 200 € s'appliquera à toute déclaration de sinistre liée à la Section A – Assistance médicale, frais médicaux et assistance rapatriement à l'étranger si **Vous** avez pris part à une activité du Groupe B – **Sports et Activités**. Cette **Franchise** ne peut pas être réduite ou supprimée par la souscription à l'Option Rachat de Franchise.

#### **Parent Proche**

– La mère, le père, la sœur, le frère, l'épouse, l'époux, la fille, le fils, le grand-père, la grand-mère, le beau-père, la belle-mère, la belle-fille, le beau-fils, la belle-sœur, le beau-frère, le tuteur légal, le conjoint ou concubin demeurant sous le même toit que l'**Assuré Principal**.

#### **Pays de Résidence**

– pays dans lequel **Vous** résidez fiscalement. Pour souscrire à ce contrat **Vous** devez résider en **France** de façon permanente.

#### **Période de Couverture**

– Si **Vous** avez souscrit une Assurance Voyage Annuelle American Express Médicale : il s'agit de la période pour laquelle **Nous** avons accepté la prime indiquée aux **Conditions Particulières**.

Tout **Voyage** qui aurait déjà été entamé lors de **Votre** acquisition de cette assurance ne sera pas couvert, sauf si **Vous** renouvelez un contrat d'Assurance Voyage Annuelle American Express Médicale existant, dont la date de renouvellement surviendrait lors du **Voyage** et sous réserve qu'il n'y ait aucune interruption dans la couverture.

– Si **Vous** avez souscrit un contrat d'Assurance Voyage Temporaire American Express Médicale : il s'agit de la durée de **Votre Voyage** qui ne doit en aucun cas excéder la période de validité des garanties indiquées sur les **Conditions Particulières**.

– Pour toutes les sections des Conditions Générales, les garanties entrent en vigueur au moment où **Vous** quittez **Votre Domicile** ou hôtel, ou **Votre** lieu de travail (selon l'endroit que **Vous** quittez en dernier) pour commencer le **Voyage**, et prennent fin au moment où **Vous** retournez à **Votre Domicile**, hôtel ou lieu de travail (selon l'endroit où **Vous** arrivez en premier) à l'issue du **Voyage**.

#### **Extension de la Période de Couverture**

La **Période de Couverture** est automatiquement étendue jusqu'à **Votre** retour dans **Votre Pays de Résidence** lorsque celui-ci est inévitablement retardé suite à un événement couvert au titre des présentes Conditions Générales.

#### **Souscripteur**

le titulaire d'une carte American Express dont l'émetteur est American Express Carte-France et qui est la personne qui a demandé l'établissement du contrat d'assurance ; ou

– le titulaire d'une carte Visa ou MasterCard et qui est la personne qui a demandé l'établissement du contrat d'assurance.

#### **Sports et Activités**

**Vos Conditions Générales** couvrent de nombreux **Sports et Activités** courants qui sont répertoriés ci-dessous dans le Groupe A, mais elles fournissent une couverture limitée pour les **Sports et Activités** répertoriés dans le Groupe B.

Groupe A – Les **Sports et Activités** suivants seront automatiquement couverts au titre des Conditions Générales : badminton, baseball, basketball, bowling, promenade en chameau, canoë (jusqu'au niveau/ à la classe 2), cricket, promenade en éléphant, pêche, football, golf, hockey, randonnées à cheval,



kitesurf, netball, course d'orientation, randonnée à poney, racquetball, roller, course à pied, voile (à moins de 20 miles nautiques des côtes), plongée sous-marine (sans diplôme et à moins de 18 mètres de profondeur), squash, surf, tennis de table, tennis, trampoline, randonnée (jusqu'à 4 000 mètres sans utiliser de matériel d'escalade), volleyball, water-polo, ski nautique, planche à voile, navigation de plaisance (à moins de 20 miles nautiques des côtes), zorbing.

Groupe B – Les **Sports et Activités** suivants seront également couverts. Quant à la Section A – Assistance médicale, frais médicaux et assistance rapatriement à l'étranger, elle fera l'objet d'une **Franchise** de 200 €. (Cette **Franchise** plus élevée ne peut être réduite ou supprimée par l'achat de l'**Option Rachat de Franchise**.) : descente en rappel, tir à l'arc, canoë (jusqu'au niveau/ à la classe 3 à 4), tir au pigeon d'argile, course à pied en montagne, escrime, karting, équitation, montgolfière, jet bike, scooter des mers, V.T.T. sur piste, paintball, voile (à plus de 20 miles nautiques des côtes), plongée sous-marine (avec diplôme et à moins de 40 mètres de profondeur), jeux de guerre, navigation de plaisance (à plus de 20 miles nautiques des côtes).

#### Tableau des Garanties

– tableau énumérant les montants d'indemnisation et figurant en page 1 des présentes Conditions Générales.

#### Territorialité

– Si **Vous** avez choisi :

1. Europe : les **Voyages** dans les pays suivants sont couverts : Albanie, Allemagne, Andorre, Autriche, Biélorussie, Belgique, Bosnie Herzégovine, Bulgarie, Cité du Vatican, Chypre, Croatie, Danemark, Egypte, Espagne, Estonie, Finlande, Géorgie, Grèce, Hongrie, Islande, Irlande, Îles Anglo-Normandes (bailliages de Guernesey et de Jersey, Sercq et Herm), Isle of Man, Italie, Lettonie, Liechtenstein, Lituanie, Luxembourg, Macédoine, Malte, Moldavie, Monaco, Monténégro, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République Tchèque, Roumanie, Royaume-Uni Russie à l'ouest de l'Oural, San Marin, Serbie, Slovaquie, Slovénie, Suède, Suisse, Turquie et Ukraine.
2. Monde entier hors Etats-Unis d'Amérique : les **Voyages** dans le monde entier sont couverts à l'exception des **Voyages** aux Etats-Unis d'Amérique.
3. Monde entier (y compris Etats-Unis d'Amérique) : les **Voyages** dans le Monde Entier sont couverts.

#### Urgence Médicale

– **Accident Corporel** ou maladie soudaine et imprévue que **Vous** subissez pendant que **Vous** êtes en **Voyage** en dehors du **Pays de Résidence** et pour lequel une **Autorité Médicale** agréée **Vous** indique que **Vous** devez immédiatement recevoir un traitement ou une prise en charge médicale.

#### Vous/ Votre/ Vos/ Personne(s) Assurée(s)

– chaque personne participant à un Voyage et dont le nom figure dans les Conditions Particulières.

#### Voyage

– Séjour ou déplacement à titre privé ou professionnel effectué dans la **Territorialité** pendant la **Période de Couverture**.

Les **Voyages** doivent commencer et se terminer dans le **Pays de Résidence**.

## 5. DISPOSITIONS GÉNÉRALES

**Vous** devrez respecter les conditions suivantes en plus des points répertoriés dans les CONDITIONS SPÉCIALES dans les Sections A à B ci-dessous, afin de bénéficier de la protection complète prévue par les dispositions du **Tableau des Garanties**. Si **Vous** ne remplissez pas ces conditions, **Nous** pouvons être amenés à refuser **Votre** demande

d'indemnisation ou à réduire l'indemnisation qui **Vous** sera versée.

1. **Vous** devez prendre toutes les précautions et toutes les mesures raisonnables pour **Vous** protéger contre les accidents, les maladies ou les blessures et pour éviter que **Vos** biens ne soient perdus, volés ou endommagés. **Vous** devez agir comme si **Vous** n'étiez pas couvert, prendre des mesures pour réduire **Vos** pertes le plus possible et prendre des mesures raisonnables pour empêcher tout sinistre ultérieur et pour récupérer les biens manquants.
2. **Vous** devez **Nous** informer dès que possible en cas d'urgence ou si **Vous** êtes hospitalisé (tous les coûts engendrés par une maladie ou blessure bénigne doivent être supportés par **Vous** puis faire l'objet d'une demande d'indemnisation).
3. **Nous** **Vous** demandons de **Nous** informer dans les 28 jours suivant **Votre** découverte de tout sinistre conduisant à une demande d'indemnisation, et de **Nous** retourner **Votre** formulaire de demande d'indemnisation rempli et toute information complémentaire dès que possible.
4. **Vous** ou **Vos** représentants légaux devez fournir à **Nous** frais toutes les informations, preuves, certificats médicaux, factures originales, reçus, rapports, assistance qui peuvent s'avérer nécessaires y compris les données d'autres contrats d'assurance. **Nous** pouvons refuser de **Vous** indemniser pour les frais pour lesquels **Vous** n'êtes pas en mesure de fournir des reçus ou des factures. Merci de conserver des copies de tous les documents que **Nous** **Nous** envoyez.
5. **Vous** ne devez accepter, refuser, régler, rejeter, négocier ou prendre aucune disposition concernant une demande d'indemnisation sans **Notre** autorisation.
6. **Vous** devez également **Nous** envoyer sans tarder toute assignation ou citation à comparaître, courrier de demande d'indemnisation ou autre document relatif à cette demande d'indemnisation.
7. En cas de demande d'indemnisation et si **Nous** l'exigeons, **Vous** devez accepter d'être examiné par une **Autorité Médicale** de **Notre** choix, à **Nos** frais. Si **Vous** venez à décéder, **Nous** pouvons également être amenés à demander un examen post-mortem effectué à **Nos** frais.
8. Si **Nous** assurons le transport ou réglons **Votre** demande d'indemnisation et qu'en conséquence, **Vous** avez un ou des billets de transport inutilisés, **Vous** devez **Nous** restituer ces billets. Si **Vous** ne le faites pas, **Nous** déduirons le prix de ces billets de toute somme qui **Vous** sera versée.
9. **Nous** avons le droit, si **Nous** le choisissons, en **Votre** nom mais à **Nos** frais, de :
  - a) reprendre la défense ou la conclusion de toute demande d'indemnisation ;
  - b) entamer des poursuites judiciaires en **Votre** nom pour recevoir une indemnisation d'un tiers pour **Notre** propre bénéfice ou pour récupérer auprès d'un tiers tout versement déjà effectué ;
  - c) prendre toute mesure pour récupérer tout bien perdu ou tout bien que **Vous** croyez avoir perdu.
10. Si **Vous** ou toute personne agissant pour **Vous** à tous égards, essayez de **Vous** procurer des fonds, des informations ou autres biens par la tromperie ou tout autre moyen illégal, y compris une fausse déclaration ou une omission de faits intentionnelle afin de présenter sous un faux jour la situation réelle, le présent contrat sera nul et non avenu. **Nous** pouvons en informer les autorités de police et **Vous** devrez **Nous** rembourser toute somme déjà perçue au titre du présent contrat.
11. Si **Nous** effectuons toute dépense pour laquelle **Vous** n'êtes pas couvert, **Vous** devrez la rembourser le mois suivant **Notre** demande de remboursement.
12. **Nous** **Nous** efforcerons d'appliquer la gamme complète de services dans toutes les circonstances, comme indiqué dans **Votre** contrat. Les zones géographiques reculées ou des conditions défavorables imprévisibles dans l'environnement local peuvent empêcher la prestation du niveau de service normal.
13. Si **Vous** êtes couvert pour les mêmes garanties auprès d'autres assureurs, **Vous** devez **Nous** en informer et **Nous**



communiquer leurs coordonnées ainsi que l'étendue de leurs garanties, conformément à l'article L121-4 du Code des Assurances. **Vous** pouvez obtenir l'indemnisation de **Vos** dommages en **Vous** adressant à l'assureur de **Votre** choix.

14. **Vous** êtes tenu de **Vous** adresser en premier lieu auprès de **Votre** Caisse Primaire d'Assurance Maladie, prestataire de services de santé et/ ou tout autre organisme d'assurance voyages pour demander l'indemnisation de tous frais d'hospitalisation à l'étranger à concurrence de toutes les limites applicables.
15. Avant de **Voyager** vers un pays de l'Union Européenne, de l'Espace Économique Européen ou vers la Suisse, **Vous** devez obtenir une Carte Européenne d'Assurance Maladie.

## 6. EXCLUSIONS GÉNÉRALES

Ces exclusions s'appliquent à l'ensemble de **Votre** contrat en plus des points répertoriés dans la partie CE QUI N'EST PAS COUVERT dans les Sections A à B ci-dessous. **Nous** ne paierons aucune indemnité pour les sinistres découlant directement ou indirectement de :

1. Tout **État Préexistant**.
2. **Votre** participation à ou la pratique de sport ou d'activité sauf dans la mesure ou cela serait indiqué comme étant couvert au titre de la définition **Sports et Activités**.
3. **Votre** participation à, ou la pratique de : activité manuelle à l'exception de : travail dans un bar, un restaurant ou un chalet, en tant que serveur, femme de ménage, fille au pair ou gardien d'enfants, et activité manuelle légère occasionnelle au niveau du sol y compris les travaux de vente au détail et la cueillette de fruits ; l'usage d'outils coupants, d'outils et de machines électriques ; le transport aérien sauf en tant que passager payant d'un appareil autorisé pour le transport de passagers ; l'utilisation de véhicules à deux ou trois roues sauf si **Vous** détenez un permis de conduire émis par **Votre Pays de Résidence** autorisant l'utilisation de ce type de véhicules, et si **Vous** et **Vos** passagers portez tous des casques ; la pratique d'une profession de spectacles ; les sports pratiqués de façon professionnelle ; la course (autre qu'à pied) ; les rallyes ou compétitions en véhicule à moteur ; ou tout test d'endurance ou de vitesse ; de la pratique d'un sport ou d'une activité sportive à titre professionnel ou dans le cadre d'une compétition (y compris l'entraînement, les essais et les épreuves).
4. Toute demande d'indemnisation résultant de **Votre** suicide ou tentative de suicide ; d'une blessure que **Vous** seriez occasionnée délibérément ; de la prise de tout médicament non prescrit par une **Autorité Médicale**, de l'addiction à une drogue, de l'abus de solvants, de drogues ou d'alcool, ou d'un comportement sous l'emprise de drogues, solvants ou alcool (lorsque le taux d'alcoolémie est égal ou supérieur au taux légal en vigueur dans le pays où a lieu le sinistre).
5. Une exposition injustifiée à un danger (sauf lorsqu'il s'agit de sauver une vie humaine).
6. Toute demande d'indemnisation résultant de **Votre** implication dans une bagarre, hormis pour **Vous** défendre. Un problème médical pour lequel **Vous** ne prenez pas le traitement recommandé ou la prescription tel qu'indiqué par une **Autorité Médicale**.
7. **Votre Voyage** entrepris contre toutes prescriptions sanitaires stipulées par le transporteur, ses représentants ou tout autre prestataire de **Moyen de Transport Public**.
8. **Vos** agissements illégaux ou toute procédure judiciaire entamée à **Votre** rencontre.
9. Toute autre perte, tout autre dommage ou toute autre dépense supplémentaire découlant du sinistre pour lequel **Vous** présentez une demande d'indemnisation qui englobent par exemple les frais engagés pour l'élaboration d'une demande d'indemnisation, la perte de revenus, la perte ou les coûts induits par l'interruption de **Votre** activité, un dérangement, une saisie-exécution ou encore la perte de jouissance ou d'agrément.
10. Les opérations en tant que personnel des forces armées.
11. **Votre Voyage** dans un pays ou une zone ou pour un événement pour lesquels un organisme gouvernemental

de **Votre Pays de Résidence** ou l'Organisation Mondiale de la Santé déconseillent formellement tout **Voyage**, ou qui sont soumis à un embargo officiel de la part des Nations Unies. **Nous** **Vous** remercions de **Vous** référer au site [www.diplomatie.gouv.fr](http://www.diplomatie.gouv.fr), rubrique Conseils aux **Voyageurs**.

12. Toute dépense dont il **Vous** aurait été demandé de **Vous** acquitter ou dont il aurait été attendu que **Vous** **Vous** acquittiez, si le sinistre entraînant la demande d'indemnisation ne s'était pas produit.
13. Toute situation dont **Vous** avez connaissance et qui pourrait raisonnablement **Vous** amener à déclarer un sinistre au titre du présent **Tableau des Garanties**.
14. Les frais de téléphone ou de fax, de restauration, de taxi (à l'exception des frais de taxi engagés pour le **Voyage** initial vers un hôpital à l'étranger en raison de **Votre** maladie ou blessure), de journaux, de blanchisserie ou d'interprète.
15. La guerre, l'invasion, les actes d'un ennemi étranger, les hostilités ou les opérations belliqueuses (qu'elles aient été déclarées ou non), la guerre civile, la rébellion, les **actes de terrorisme**, la révolution, l'insurrection, les troubles à l'ordre public lorsqu'ils prennent les proportions d'un soulèvement, le coup d'état militaire ou l'usurpation de pouvoir. Cependant cette exclusion ne s'applique pas pour les frais couverts au titre de la Section A – Assistance médicale, frais médicaux et assistance rapatriement à l'étranger et de la Section B – Indemnité hospitalisation à l'étranger, sauf si ces frais sont le fait d'une attaque nucléaire, chimique ou biologique ou que les troubles existaient déjà lorsque **Vous** avez débuté **Votre Voyage**.
16. Radiations ionisantes ou contamination par la radioactivité émanant de tout combustible nucléaire ou déchets nucléaires, de la combustion de combustible nucléaire ou de la radioactivité, la toxicité, l'explosion ou toute autre manifestation dangereuse émanant de sources nucléaires.
17. La perte, la destruction et les dommages directement provoqués par les ondes de pression des avions et de tout autre appareil volant atteignant la vitesse du son ou supersonique.
18. La couverture prévue par les Garanties de la Section A – Assistance médicale, frais médicaux et assistance rapatriement à l'étranger et de la Section B – Indemnité hospitalisation à l'étranger, est exclue dans le **Pays de Résidence**.

## 7. AIDE D'URGENCE

Contactez **AXA Assistance** par téléphone au : +33 (1)72 25 67 92 choix 1. Ce service est disponible 24 heures sur 24 et 365 jours.

Dans le cas d'une maladie grave ou d'un accident qui pourrait entraîner une hospitalisation, ou avant que des dispositions ne soient prises en vue d'un rapatriement ou dans le cas d'un **Fait Générateur** entraînant une **Interruption de Voyage** et **Votre** retour anticipé au **Domicile**, ou en cas d'urgence, **Vous** devez contacter **AXA Assistance** (tous les coûts engendrés par une maladie ou blessure bénigne doivent être supportés par **Vous** puis faire l'objet d'une demande d'indemnisation). Ce service est disponible 24 heures sur 24 et 365 jours par an, pour **Vous** apporter des conseils, une assistance, pour organiser **Votre** hospitalisation, **Votre** rapatriement et pour prendre en charge les frais médicaux. S'il ne **Vous** est pas possible de **Nous** contacter parce que **Votre** état nécessite des soins urgents et immédiats, **Vous** devez contacter **AXA Assistance** aussi rapidement que possible. Les soins dans les structures privées ne sont pas couverts sauf s'ils ont été autorisés expressément par **AXA Assistance**.

### Assistance médicale à l'étranger

**AXA Assistance** a le savoir-faire médical, les contacts et les réseaux de prestataires afin de **Vous** venir en aide, que **Vous** soyez blessé lors d'un accident ou malade. **AXA Assistance** organisera **Votre** rapatriement vers **Votre Domicile** lorsque cela est considéré nécessaire d'un point de vue médical, ou lorsque **Vous** avez été informé de la maladie grave ou du décès d'un **Parent Proche** à **Votre Domicile**.

### Prise en charge des frais médicaux à l'étranger

Si **Vous** êtes admis dans une structure hospitalière en dehors du **Pays de Résidence**, **AXA Assistance** prendra les dispositions

nécessaires afin de payer directement à cette structure hospitalière les frais médicaux couverts au titre du présent contrat. Afin de bénéficier de ce service, une personne doit contacter **AXA Assistance** pour **Vous** dès que possible.

Pour les consultations simples de moins de 500 € **Vous** devrez payer la clinique ou l'hôpital **Vous-même** et **Nous** en demander le remboursement à **Votre** retour dans **Votre Pays de Résidence**. Soyez particulièrement vigilant quant aux soins et aux montants excessifs que **Vous** pourriez être amené à autoriser. Si **Vous** avez un doute concernant des soins et des montants que l'on voudrait **Vous** facturer, contactez **AXA Assistance** afin que **Nous** puissions **Vous** orienter.

LES SOINS DANS LES STRUCTURES PRIVEES NE SONT PAS COUVERTS SAUF S'ILS ONT ETE AUTORISES EXPRESSEMENT PAR **AXA ASSISTANCE** OU SI VOTRE ETAT DE SANTE NE VOUS PERMET PAS DE CONTACTER **AXA ASSISTANCE**.

## **8. SECTION A – ASSISTANCE MÉDICALE. FRAIS MÉDICAUX ET ASSISTANCE RAPATRIEMENT À L'ÉTRANGER**

### **CE QUI EST COUVERT**

**Nous** **Nous** acquitterons des dépenses suivantes, à concurrence du montant maximum indiqué au **Tableau des Garanties**, pour chaque **Personne Assurée** victime d'un **Accident Corporel** ou d'une maladie soudaine et imprévue, ou qui décède durant un **Voyage** en dehors du **Pays de Résidence**.

1. Toutes les dépenses raisonnables et nécessaires qui surviennent comme conséquence d'une **Urgence Médicale** ou d'une **Complication de Grossesse** **Vous** concernant. Celles-ci comprennent les frais de médecin, les frais d'hôpital, les traitements médicaux et tous les coûts occasionnés pour **Vous** transporter à l'hôpital approprié le plus proche, lorsque cela est jugé nécessaire par une **Autorité Médicale** reconnue.
2. Les soins dentaires d'urgence afin de soulager la douleur et/ou les réparations en urgence de prothèse amovible ou fixe uniquement pour réduire la gêne pendant les repas.
3. Avec l'autorisation préalable d'**AXA Assistance**, les frais de **Voyage** supplémentaires pour **Vous** rapatrier vers **Votre Domicile** lorsque cela est recommandé par **Notre** direction médicale, y compris le coût d'un accompagnement médical si nécessaire. Les frais de **rapatriement** que **Nous** prendrons en charge correspondront à ceux d'une classe de **Voyage** équivalente à celle utilisée pour le trajet aller, sauf accord d'**AXA Assistance**.
4. À concurrence du montant indiqué dans le **Tableau des Garanties** pour les frais d'hébergement raisonnables engagés s'il est nécessaire pour **Vous** d'un point de vue médical de rester après **Votre** date de retour initialement prévue. Par ailleurs, après accord préalable d'**AXA Assistance**, **Nous** prendrons en charge, à concurrence du montant par nuit indiqué au **Tableau des Garanties**, les frais d'hôtel supplémentaires qu'engagerait un ami ou un **Parent Proche** pour rester à **Vos** côtés et **Vous** accompagner à **Votre Domicile**.
5. Un transport en classe économique et, à concurrence du montant par nuit pour 10 nuits indiqué au **Tableau des Garanties**, les frais d'hôtel raisonnablement engagés par un **Parent Proche** du **Pays de Résidence** pour **Vous** rendre visite ou **Vous** accompagner à **Votre Domicile** si **Vous** voyagez seul et que **Vous** êtes hospitalisé pendant plus de 10 jours, avec l'autorisation préalable d'**AXA Assistance**.
6. Un transport en classe économique, et à concurrence du montant par nuit pour 3 nuits indiqué au **Tableau des Garanties**, les frais d'hôtel raisonnablement engagés par un **Parent Proche** pour voyager depuis le **Pays de Résidence** pour accompagner les **Bénéficiaires** âgés de moins de 15 ans à **Votre Domicile** dans le **Pays de Résidence** si **Vous** n'êtes pas physiquement en état de prendre soin d'eux. Si **Vous** n'êtes pas en mesure de nommer une personne, **Nous** choisirons une personne qualifiée. Si le(s) billet(s) de retour réservé(s) au départ pour l'enfant ne peu(ven)t pas être utilisé(s), **Nous** indemniserons le billet simple en classe économique de retour de l'enfant au **Domicile**.

7. Toutes les dépenses d'urgence raisonnables et nécessaires engagées par les sociétés privées ou publiques homologuées en matière de sauvetage afin de **Vous** localiser et de **Vous** évacuer au centre médical d'urgence le plus proche.
8. Tous les frais médicaux d'urgence nécessaires et raisonnables engagés pour tous les enfants nés à la suite de **Complications de Grossesse**. Les demandes d'indemnisation concernant des naissances multiples sont considérées comme correspondant à un seul événement.
9. En cas de décès en dehors de **Votre Pays de Résidence**, les frais de traitement post-mortem, de mise en bière et d'aménagements nécessaires au transport ainsi que les frais de transport raisonnables de **Vos** cendres jusqu'à **Votre Domicile**, ou les frais de transport de **Votre** dépouille mortelle jusqu'à **Votre Domicile**, seront pris en charge à hauteur du montant maximum indiqué au **Tableau des Garanties**.

### **CONDITIONS SPÉCIALES**

1. **Vous** devez informer **AXA Assistance** dès que possible de tout **Accident Corporel** ou **Atteinte Corporelle** nécessitant **Votre** admission à l'hôpital ou avant que des dispositions soient prises concernant **Votre** rapatriement.
2. **Vous** devez contacter **AXA Assistance** dès que possible si **Vous** devez engager des frais de soins médicaux supérieurs à 500 € (par sinistre). **Vous** devez toujours contacter **AXA Assistance** avant d'**Interrompre Votre Voyage**.
3. Dans le cas de **Votre Accident Corporel** ou **Atteinte Corporelle**, **Nous** **Nous** réservons le droit de **Vous** transférer dans un autre hôpital et de prendre des dispositions en vue de **Votre** rapatriement vers **Votre Pays de Résidence** à tout moment pendant le **Voyage**. C'est ce que **Nous** ferons si l'**autorité Médicale** sur place ou **AXA Assistance** estime que **Vous** pouvez être déplacé en toute sécurité et/ou voyager en toute sécurité vers **Votre Pays de Résidence** afin de poursuivre **Votre** traitement.

### **CE QUI N'EST PAS COUVERT**

1. La **Franchise** figurant dans le **Tableau des Garanties** par **Personne Assurée**, pour toute demande d'indemnisation sans exception, sauf dans la mesure où **Vous** auriez souscrit l'**Option Rachat de Franchise**.
2. Les demandes d'indemnisation découlant directement ou indirectement de tout **Etat Préexistant**.
3. Les traitements qui ne relèvent pas d'un acte chirurgical ou médical, dans le seul but de soigner ou soulager une maladie ou blessure grave imprévue.
4. Tous les frais qui ne sont pas habituels, raisonnables ou justifiés pour le traitement de **Votre Atteinte Corporelle** ou **Accident Corporel**.
5. Tout traitement ou intervention chirurgicale qui, de l'avis de **Notre** Direction médicale, peut raisonnablement être retardé jusqu'à **Votre** retour dans **Votre Pays de Résidence**.
6. Les frais engagés afin de **Vous** procurer des médicaments dont **Vous** saviez avoir besoin au moment du départ de **Votre Pays de Résidence**.
7. Les coûts supplémentaires pour une chambre individuelle ou privée.
8. Les traitements ou services fournis par une clinique privée ou un hôpital, un établissement thermal, une maison de repos, un centre de convalescence ou de rééducation sauf accord exprès d'**AXA Assistance**.
9. Les frais de traitement pour des raisons cosmétiques à moins que **Notre** Direction médicale convienne que ce traitement est nécessaire à la suite d'un accident couvert par le présent contrat.
10. Tous les frais engagés après **Votre** retour dans **Votre Pays de Résidence**, sauf accord exprès préalable d'**AXA Assistance**.
11. Les frais découlant d'une maladie tropicale lorsque **Vous** n'avez pas reçu les vaccins ou pris les médicaments recommandés.
12. Tous les frais que **Vous** engagez en dehors de **Votre Pays de Résidence** après la date à laquelle **Notre** Direction médicale **Vous** prévient que **Vous** devriez retourner à **Votre Domicile** ou après la date à laquelle **Nous** arrangeons **Votre** retour à **Votre Domicile**. (**Notre** responsabilité consistant à payer des

frais supplémentaires au titre de la présente section après cette date, sera limitée à ce que **Nous** aurions payé si **Votre** rapatriement avait eu lieu).

13. **Vous** ne devez pas refuser de manière déraisonnable les services de rapatriement médical que **Nous** acceptons de fournir et de payer au titre des présentes Conditions Générales. Si **Vous** choisissez sans motif valable d'autres services de rapatriement médical que ceux que **Nous** avons convenu par écrit, cela sera à **Vos** risques et à **Vos** propres frais.
14. Le surcoût de billets d'avion par rapport aux billets en classe économique pour un accompagnant non médical en cas de rapatriement médical (toute augmentation du coût due à une demande de surclassement doit être supportée personnellement par la ou les personnes voyageant).
15. Toute demande d'indemnisation résultant d'atteintes liées à la grossesse sans pour autant être dues à des **Complications de Grossesse** qui se posent pour la première fois après la préparation de **Votre Voyage**. Tout accouchement ou grossesse normal, voire toute initiative de **Voyage** prise en dépit du fait que **Votre Autorité Médicale** ait établi que **Votre** grossesse présente un risque accru d'accouchement prématuré, ne constituerait pas un événement imprévu.
16. Tout traitement ou diagnostic qui a été planifié à l'avance ou dont **Vous** aviez connaissance.
17. Le coût de soins dentaires impliquant la mise en place de dentiers, de dents artificielles ou l'utilisation de métaux précieux.
18. Les frais de téléphone, sauf ceux engagés afin de prévenir **AXA Assistance**, pour lesquels **Vous** êtes en mesure de fournir un reçu ou tout autre document mentionnant le numéro appelé et le coût de l'appel.
19. Les frais de secours aérien en mer.

## **9. SECTION B – INDEMNITÉ HOSPITALISATION À L'ÉTRANGER**

### **CE QUI EST COUVERT**

Si **Nous** déclarons une demande d'indemnisation recevable au titre de la Section A – Assistance médicale, frais médicaux et assistance rapatriement à l'étranger, **Nous Vous** rembourserons également, à concurrence du montant maximum indiqué au **Tableau des Garanties**, les frais accessoires (tels que la location de ligne téléphonique, la location de télévision et les déplacements en taxi des visiteurs) pour chaque période continue de 24 heures d'hospitalisation au-delà d'une période initiale de 5 jours d'hospitalisation en dehors de **Votre Pays de Résidence**.

### **CONDITIONS SPÉCIALES**

**Vous** devez informer **AXA Assistance** dès que possible de tout **Accident Corporel** ou **Atteinte Corporelle** nécessitant **Votre** admission à l'hôpital.

### **CE QUI N'EST PAS COUVERT**

Les demandes d'indemnisation découlant directement ou indirectement de :

1. Toute journée d'hospitalisation supplémentaire pour traitement médical ou intervention chirurgicale, y compris les examens médicaux, qui ne sont pas directement liés à l'**Accident Corporel** ou l'**Atteinte Corporelle** qui a entraîné **Votre** hospitalisation.
2. Toute période d'hospitalisation supplémentaire pour des traitements ou des services fournis par une maison de repos ou un centre de rééducation.
3. Toute journée d'hospitalisation supplémentaire découlant de **Votre** décision de ne pas être rapatrié après la date à laquelle **AXA Assistance** est d'avis que **Vous** pouvez l'être.

## **10. PROCÉDURE DE DEMANDE D'INDEMNISATION**

Veuillez lire la section appropriée des garanties pour savoir exactement ce qui est couvert ou non, en faisant particulièrement attention aux conditions, limitations et exclusions.

Présentation d'une demande d'indemnisation.

1. En cas d'urgence, **Vous** devez tout d'abord appeler **AXA Assistance** au +33 (1)72 25 67 92 choix 1 (**Vous** devez avancer tous les frais engagés pour une maladie ou une blessure bénigne puis faire une demande d'indemnisation). Ce service est disponible 24 heures sur 24 et 365 jours.
2. Pour toutes les autres demandes d'indemnisation, appelez **Notre** Assistance téléphonique Demandes d'indemnisation au +33 (1)72 25 67 92 choix 2 (du lundi au vendredi, de 9h00 à 17h00) pour obtenir un formulaire de demande d'indemnisation. **Vous** devrez indiquer :
  - **Votre** nom,
  - **Votre** numéro de contrat d'Assurance Voyages American Express Médicale,
  - les grandes lignes de **Votre** demande.**Nous Vous** demandons de **Nous** informer dans les 28 jours suivant **Votre** découverte de tout sinistre ou perte conduisant à une demande d'indemnisation, et de **Nous** retourner **Votre** formulaire de demande d'indemnisation rempli et toute information complémentaire dans les plus brefs délais.
3. Informations complémentaires.  
**Vous** devez fournir toutes **Vos** factures et tous **Vos** reçus et rapports originaux etc. **Vous** devez **Vous** reporter à la section en vertu de laquelle **Vous** formulez une demande d'indemnisation afin de connaître les conditions spécifiques et les détails des éventuelles pièces justificatives que **Vous** devez **Nous** fournir.  
Il est toujours conseillé de conserver des copies de tous les documents que **Vous Nous** envoyez.
4. Gestionnaire des demandes d'indemnisation.  
Pour **Nous** aider à parvenir à un règlement rapide et juste d'une demande d'indemnisation, il peut parfois être nécessaire pour **Nous** de nommer un gestionnaire des demandes d'indemnisation.

## **11. DELAI DE REGLEMENT DES SINISTRES**

Dès lors que **Votre** dossier est complet, **Votre** indemnisation intervient dans les 10 jours suivant l'accord intervenu entre **Nous** ou la décision judiciaire exécutoire.

## **12. SUBROGATION DANS VOS DROITS ET ACTIONS**

En contrepartie du paiement de l'indemnité et à concurrence du montant de celle-ci, **Nous** devenons bénéficiaires des droits et actions que **Vous** possédiez contre tout responsable du sinistre, conformément à l'article L121-12 du Code des Assurances.

Si **Nous** ne pouvons plus exercer cette action, par votre fait, **Nous** pouvons être déchargés de tout ou partie de **Nos** obligations envers **Vous**.

## **13. PRIME**

Inter Partner Assistance procédera à l'encaissement de la prime dont le montant figure aux **Conditions Particulières** le jour de la Souscription.

## **14. REVISION DE LA PRIME**

La prime peut être révisée chaque année à l'échéance du contrat. Dans ce cas, le **Souscripteur** a la faculté de demander la résiliation du contrat dans les trente jours suivant celui où il a eu connaissance de cette majoration.

Cette résiliation prend effet un mois après sa notification par lettre recommandée, par le **Souscripteur**, le cachet de la poste faisant foi.

Le **Souscripteur** reste néanmoins tenu de nous verser la portion de prime calculée à l'ancien tarif pour la période allant jusqu'à la date de résiliation.

A défaut de cette résiliation, l'augmentation de la prime prend effet à compter de la date portée sur l'appel de prime.

## **15. RESILIATION DE LA SOUSCRIPTION**



La Souscription et les garanties cessent :

- En cas d'exercice, par **Vous**-même, de **Votre** droit à renonciation, à la date d'envoi de la lettre de renonciation, le cachet de la poste faisant foi ;
- En cas de non paiement de la prime, en application des dispositions de l'article L113-3 du Code des assurances ;
- Dans tous les autres cas prévus par le Code des assurances.

Le contrat Annuel est conclu pour une période d'un an. A l'issue de ce premier an, il sera renouvelé tacitement d'année en année. **Vous** avez la possibilité de résilier **Votre** contrat à la fin de chaque période annuelle d'assurance moyennant préavis de deux mois.

## 16. PLURALITE D'ASSURANCES

Conformément aux dispositions de l'Article L.121-4 du Code des Assurances, quand plusieurs assurances sont contractées sans fraude, chacune d'elle produit ses effets dans les limites des garanties de chaque Contrat, et dans le respect des dispositions de l'Article L.121-1 du Code des Assurances.

Pour le règlement de vos sinistres, vous pouvez vous adresser à l'assureur de votre choix.

## 17. PROCÉDURE DE RÉCLAMATION

### NOUS SOMMES À VOTRE ÉCOUTE

**Nous** faisons en sorte de **Vous** fournir une qualité de service qui réponde à **Vos** attentes. Cependant, il peut arriver que **Vous** ayez le sentiment que **Vous** n'avez pas reçu le niveau de prestation auquel **Vous** pensez avoir droit. Dans ce cas, **Nous** souhaitons le savoir afin d'apporter des actions correctrices.

### COMMENT NOUS CONTACTER :

**Vous** devez contacter **AXA Assistance** au +33 (1)72 25 67 92 choix 2 du lundi au vendredi de 9h à 17h. Une grande majorité des réclamations seront rapidement résolues à ce stade, mais si **Vous** n'étiez pas satisfait, **Vous** avez la possibilité de poursuivre la procédure :

### ÉTAPE 1 – PRÉSENTER VOTRE RÉCLAMATION

Communiquez-**Nous Vos** noms et coordonnées téléphoniques. Indiquez **Votre** numéro de contrat d'Assurance Voyages American Express Médicale et/ ou le numéro de demande d'indemnisation. Expliquez clairement et de façon concise l'objet de **Votre** réclamation.

### ÉTAPE 2 – CONTACTER LE SIÈGE D'AXA TRAVEL INSURANCE

Si **Votre** réclamation est l'une des rares qui n'a pas reçu de réponse satisfaisante à ce stade, contactez le Responsable de la Relation Clients, par écrit et dans la langue de **Votre** choix, afin qu'il fasse des recherches au nom du Directeur général : AXA Travel Insurance, Head of Customer Care, The Quadrangle, 106-118 Station Road, Redhill, RH1 1PR, Royaume-Uni. **Vous** pouvez également **Nous** envoyer un courriel à l'adresse :  
customer.support@axa-travel-insurance.com

Si un désaccord subsiste, **Vous** avez la faculté de faire appel au médiateur dont les coordonnées **Vous** seront alors communiquées par AXA Travel Insurance et ceci, sans préjudice des autres voies d'actions légales.

## 18. AUTORITE DE CONTROLE

### IPA

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

### ACP

Autorité de Contrôle Prudentiel :  
61, rue Taitbout – 75436 Paris CEDEX 09.  
Téléphone : 01 49 95 40 00

### ORIAS

Organisme pour le Registre des Intermédiaires en Assurance :  
1 rue Jules Lefebvre – 75311 Paris CEDEX 09.  
Téléphone : 01 53 21 51 70 - Télécopie : 01 53 21 51  
<http://www.orias.fr/>

## 19. UTILISATION DE VOS DONNÉES PERSONNELLES

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

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

- a. Utiliser les informations de l'Assuré ou de celles des personnes bénéficiant des garanties, afin de fournir les services décrits dans les présentes Conditions Générales. En utilisant les services d'AXA Assistance, l'Assuré consent à ce qu'AXA Assistance utilise ses données à cette fins ;
- b. Transmettre les données personnelles de l'Assuré et les données relatives à son Contrat, aux entités du Groupe AXA, aux prestataires de services d'AXA Assistance, au personnel d'AXA Assistance, et à toutes personnes susceptibles d'intervenir dans les limites de leurs attributions respectives, afin de gérer le dossier de sinistre de l'Assuré, lui fournir les garanties qui lui sont dues au titre de son Contrat, procéder aux paiements, et transmettre ces données dans les cas où la loi l'exige ou le permet ;
- c. Procéder à l'écoute et/ou à l'enregistrement des appels téléphoniques de l'Assuré dans le cadre de l'amélioration et du suivi de la qualité des services rendus ;
- d. Procéder à des études statistiques et actuarielles ainsi qu'à des analyses de satisfaction clients afin de mieux adapter nos produits aux besoins du marché ;
- e. Obtenir et conserver tout document photographique pertinent et approprié du bien de l'Assuré, afin de fournir les services proposés dans le cadre de son contrat d'assistance et valider sa demande ; et
- f. Procéder à l'envoi d'enquêtes qualité (sous forme de demandes à retourner ou de sondages) relatives aux services d'AXA Assistance et autres communications relatives au service clients.
- g. Utiliser les données personnelles dans le cadre d'un traitement de lutte contre la fraude ; ce traitement pouvant conduire, le cas échéant, à une inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.

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

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

Délégué à la Protection des données

### AXA Assistance

6, rue André Gide

92320 Châtillon

Email : [dpo.axapartnersfrance@axa-assistance.com](mailto:dpo.axapartnersfrance@axa-assistance.com)

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

Pour toute utilisation des données personnelles de l'Assuré à d'autres fins ou lorsque la loi l'exige, AXA Assistance solliciter



son consentement.

L'Assuré peut revenir à tout moment sur son consentement.

En souscrivant au présent contrat et en utilisant ses services, l'Assuré reconnaît qu'AXA Assistance peut utiliser ses données à caractère personnel et consent à ce qu'AXA Assistance utilise les données sensibles décrites précédemment. Dans le cas où l'Assuré fournit à AXA Assistance des informations sur des tiers, l'Assuré s'engage à les informer de l'utilisation de leurs données comme défini précédemment ainsi que dans la politique de confidentialité du site internet d'AXA Assistance (voir ci-dessous).

L'Assuré peut obtenir, sur simple demande, copie des informations le concernant. Il dispose d'un droit d'information sur l'utilisation faite de ses données (comme indiqué dans la politique de confidentialité du site AXA Assistance – voir ci-dessous) et d'un droit de rectification s'il constate une erreur.

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

Délégué à la protection des données

**AXA Assistance**

6, rue André Gide

92320 Châtillon

Email : [dpo.axapartnersfrance@axa-assistance.com](mailto:dpo.axapartnersfrance@axa-assistance.com)

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

**CONDITIONS GENERALES  
ASSURANCES VOYAGES ANNUELLE ET TEMPORAIRE AMERICAN EXPRESS  
ANNULATION**

**TABLEAU DES GARANTIES**

Les indemnisations sont indiquées par Personne Assurée et par Voyage, sauf indication contraire.

	<b>ASSURANCE VOYAGE ANNULATION ANNUELLE ET TEMPORAIRE</b>	<b>FRANCHISE par évènement</b>
<b>Section A – Frais d'annulation</b>		
Prise en charge des Frais d'annulation	jusqu'à 500 € ou à concurrence du montant indiqué dans Vos Conditions Particulières	10% du prix du voyage resté à Votre charge Min. 75 € Max. 500 €

**OPTIONS DISPONIBLES sous réserve du paiement d'une prime supplémentaire**

Voici l'Option Disponible selon l'Assurance Voyages American Express souscrite	Assurances Voyages Temporaires American Express Annulation	Assurances Voyages Annuelles American Express Annulation
OPTION EXTENSION DES CAUSES D'ANNULATION	X	X

**NUMERO DE TELEPHONE D'URGENCE : VEUILLEZ CONTACTER AXA ASSISTANCE AU  
+33 (1)72 25 67 92 Choix 1 24h/24 7j/7**

**NUMERO DE TELEPHONE POUR DECLARER UN SINISTRE : VEUILLEZ CONTACTER AXA ASSISTANCE AU  
+33 (1)72 25 67 92 Choix 2 du lundi au vendredi de 9h à 17h**

## SOMMAIRE

1. PRÉSENTATION GÉNÉRALE .....	2
2. CONDITIONS DE SOUSCRIPTION .....	2
3. CONDITIONS IMPORTANTES A SAVOIR.....	3
4. DÉFINITIONS .....	3
5. DISPOSITIONS GÉNÉRALES .....	4
6. EXCLUSIONS GÉNÉRALES.....	5
7. SECTION A – FRAIS D'ANNULATION.....	5
8. PROCÉDURE DE DEMANDE D'INDEMNISATION.....	6
9. DELAI DE REGLEMENT DES SINISTRES.....	6
10. SUBROGATION DANS VOS DROITS ET ACTIONS .....	7
11. PRIME.....	7
12. REVISION DE LA PRIME.....	7
13. RESILIATION DE LA SOUSCRIPTION .....	7
14. PLURALITE D'ASSURANCES.....	7
15. PROCÉDURE DE RÉCLAMATION .....	7
16. AUTORITE DE CONTROLE.....	7
17. UTILISATION DE VOS DONNÉES PERSONNELLES.....	7

## 1. PRÉSENTATION GÉNÉRALE

Les Conditions Générales de Votre contrat d'Assurance Voyage American Express Annulation décrivent le détail des garanties, les plafonds et les exclusions qui s'appliquent à chaque **Personne Assurée** et constituent la base sur laquelle **Vos** déclarations de sinistres seront réglées. **Votre** contrat est validé par l'émission des **Conditions Particulières** qui doivent être jointes aux Conditions Générales. Si un renseignement figurant dans les **Conditions Particulières** est erroné, ou en cas d'évolution de **Vos informations** de quelque manière que ce soit, **Vous** êtes tenu de contacter **AXA Assistance** dans les meilleurs délais au +33 (1)72 25 67 92 choix 3 du lundi au vendredi de 9h à 17h.

En contrepartie du paiement de la prime, **Nous Vous** fournirons les assurances conformément aux différents chapitres des Conditions Générales auxquelles font référence **Vos Conditions Particulières**. Toutes les garanties et **Franchises** sont applicables par **Personne Assurée**, par section applicable et par **Voyage** tel que détaillé dans le **Tableau des Garanties**.

### American Express Carte-France, société de courtage d'assurances, intervient en tant que courtier.

American Express Carte-France, société anonyme au capital de 77 873 000 euros, RCS de Nanterre 313 536 898, dont le siège social est situé 4, rue Louis Blériot – 92561 Reuil-Malmaison Cedex, Courtier d'assurance immatriculé à l'Orias sous le n° 07 023 512 (www.oriass.fr).

### ASSUREUR

Les garanties au titre du présent contrat sont souscrites par Inter Partner Assistance (IPA), dont le siège social est sis au 10/11 Mary Street, Dublin 1, Irlande (numéro d'immatriculation de la société 906006) et qui est soumis à l'autorité de la Banque Centrale Irlandaise. IPA est une succursale d'Inter Partner Assistance SA, société belge sise Avenue Louise, 166 bte1, 1050, Bruxelles, qui est autorisée à exercer par la Banque Nationale de Belgique. Certains des services fournis au titre du présent contrat seront fournis par le représentant d'IPA, AXA Travel Insurance (numéro d'immatriculation de la société : 426087), sis à la même adresse en Irlande. Toutes ces sociétés font partie du Groupe AXA Assistance.

## 2. CONDITIONS DE SOUSCRIPTION

### PAYS DE RÉSIDENCE

Désigne le pays dans lequel se situe **Votre** résidence fiscale (devant être justifiable par tout document officiel), avant la date d'émission du présent contrat d'assurance. **Vous** ne pouvez pas souscrire à ce contrat, à moins de résider en **France** de façon permanente.

### ACHAT/ RENOUELEMENT

Les garanties acquises au titre du présent contrat sont effectives à compter de la date d'effet mentionnée aux **Conditions Particulières**.

- Pour les Assurances Voyages Temporaires American Express, le contrat est valable à compter de sa date d'effet mentionnée aux **Conditions Particulières**. Elles cessent à la date de début de **Votre Voyage** mentionnée dans **Vos Conditions Particulières**.

- Pour les Assurances Voyages Annuelles American Express, le contrat est valable 1 an à compter de sa date d'effet mentionnée aux **Conditions Particulières**. A l'issue de cette première période, il est reconductible tacitement d'année en année à sa date d'échéance et il peut être résilié par le **Souscripteur** moyennant un préavis de deux mois.

Le contrat d'Assurance Voyage Annuelle American Express Annulation devra prendre effet dans les 30 jours suivant sa date de souscription.

Afin d'assurer une couverture continue dans le cadre d'une Assurance Voyage Annuelle American Express, **Nous** conserverons les renseignements relatifs à **Votre** paiement afin que **Nous** puissions continuer à encaisser les primes lorsque **Nous** renouvelons **Votre** contrat. Chaque année, **Nous Vous** ferons parvenir une notification préalable au renouvellement, **Vous** informant de toute éventuelle modification apportée à **Vos Conditions Particulières** et pour **Vous** conseiller de consulter les Conditions Générales afin de vérifier si elles répondent à **Vos** besoins.

### DELAÏ DE RETRACTATION

Pour les Assurances Voyages Annuelles American Express, **Vous** avez la possibilité de renoncer librement et sans pénalité aux garanties du contrat dans un délai de 14 jours calendaires révolus à compter de **Votre** souscription, sous réserve que **Vous** n'ayez pas voyagé et qu'aucune demande d'indemnisation n'ait été présentée. **Nous Vous** rembourserons la prime dans son intégralité. **Pour** résilier ce contrat **Vous** devez adresser une lettre de renonciation, dûment complétée, datée et signée avant l'expiration de ce délai de 14 jours à l'adresse suivante : AXA Assistance, Service Gestion Assurance Voyages American Express, BP 70068, 77214 Avon Cedex (France). Ci-joint un modèle de lettre de renonciation : "Je soussigné(e), Nom, Prénom, date et lieu de naissance - souhaite renoncer aux garanties du contrat d'Assurance Voyage American Express Annulation auquel j'ai adhéré le...(Date). Fait à (lieu). Le (Date) et signature: ...".

Pour l'Assurance Voyage Temporaire American Express Annulation, **Vous** ne bénéficiez pas de la faculté de rétraction.

### TYPE D'ASSURANCE ET DE COUVERTURE

L'Assurance Voyage American Express Annulation peut être Temporaire ou Annuelle. Pour plus de détails sur **Votre** contrat, veuillez **Vous** référer à **Vos Conditions Particulières** où apparait la couverture de **Votre** choix.

En cas de souscription à un contrat d'Assurance Voyage Annuelle American Express Annulation, les garanties sont acquises à condition de ne pas voyager plus de 183 jours par an.

Les **Voyages en France** doivent être d'au moins 25 Km depuis **Votre Domicile** et ne sont couverts que si **Vous** avez réservé au préalable soit des billets de voyage par air, train (TGV ou Grandes Lignes) ou mer soit au moins une nuit dans un hôtel, un motel, un centre de vacances, chambre d'hôtes, un camping ou tout autre logement assimilé qui peut être loué contre paiement.

### OPTION DISPONIBLE

**Vous** avez la possibilité de souscrire à l'**Option Extension des Motifs d'Annulation** qui figureront dans **Vos Conditions Particulières** si **Vous** avez réglé la prime correspondante.

### TYPE DE CONTRATS

Individuel – l'Assuré Principal.

Couple – **l'Assuré Principal** et son conjoint, partenaire civil (engagés dans une union de fait) ou fiancé(e), engagés ensemble dans une relation privée et résidant à la même adresse. Dans le cadre de l'Assurance Voyage Annuelle American Express Annulation, **l'Assuré Principal** et l'autre **Assuré** adulte sont couverts pour les **Voyages** de manière distincte et pour différentes destinations.

Famille – **l'Assuré Principal** et son conjoint demeurant à la même adresse et leurs enfants, beaux enfants ou enfants adoptifs âgés de moins de 18 ans, ou enfants célibataires de moins de 25 ans fiscalement à charge qui accompagnent les parents ou tout tuteur légal assuré en vertu des mêmes Conditions Générales et dont le nom figure sur les **Conditions Particulières**, participant à tout **Voyage** pour une même destination. Dans le cadre de l'Assurance Voyage Annuelle American Express Annulation, **l'Assuré Principal** et les autres **Assurés** sont couverts pour les **Voyages** de manière distincte et pour différentes destinations.

Famille monoparentale – **l'Assuré Principal** et ses enfants, beaux enfants ou enfants adoptifs âgés de moins de 18 ans ou enfants célibataires de moins de 25 ans fiscalement à charge, qui accompagnent le parent ou tout tuteur légal assuré en vertu des mêmes Conditions Générales, participant à tout **Voyage** pour une même destination. Dans le cadre de l'Assurance Voyage Annuelle American Express Annulation, **l'Assuré Principal** et les autres **Assurés** sont couverts pour les **Voyages** de manière distincte et pour différentes destinations.

Groupe - **l'Assuré Principal** et jusqu'à un maximum de 9 autres personnes, voyageant ensemble lors d'un **Voyage** vers une destination commune couvert par un contrat d'Assurance Voyage Temporaire American Express Annulation.

#### SANCTIONS APPLICABLES EN CAS DE FAUSSE DECLARATION A LA SOUSCRIPTION

Toute réticence ou fausse déclaration, toute omission ou inexactitude dans la déclaration du risque est sanctionnée dans les conditions prévues par les articles L113-8 et L113-9 du Code des Assurances :

- En cas de mauvaise foi de votre part : par la nullité du contrat
- Si votre mauvaise foi n'est pas établie : par une réduction de l'indemnité en proportion de la prime payée par rapport à la prime qui aurait été due si le risque avait été complètement et exactement déclaré.

### **3. CONDITIONS IMPORTANTES A SAVOIR**

1. Les demandes d'indemnisation découlant directement ou indirectement de tout **Etat Préexistant** ne sont PAS couvertes.
2. **Vous** ne serez PAS couvert par ces garanties si **Vous** voyagez contre l'avis d'une **Autorité Médicale** (ou si **Vous** voyagez contre l'avis d'une **Autorité Médicale** que **Vous** auriez pu consulter).
3. **Vous** ne serez PAS couverts par les garanties quand **Vous** entreprenez un **Voyage** à l'étranger dans le but d'obtenir un traitement ou une consultation médicale.
4. **Vous** ne serez PAS couverts par les garanties si **Vous** avez un symptôme non diagnostiqué qui requiert une attention toute particulière ou un examen dans le futur, c'est-à-dire un symptôme pour lequel **Vous** attendez des examens ou des consultations, ou des résultats d'examens, lorsque la cause sous-jacente n'a pas été établie.
5. Ces garanties et Conditions Générales seront régies par, et soumises au droit français.

6. Toutes les indemnisations répertoriées dans le **Tableau des Garanties** sont indiquées par **Personne Assurée** et par **Voyage**, sauf indication contraire.

### **4. DÉFINITIONS**

Chaque mot ou expression à laquelle une signification particulière est donnée a le même sens tout au long des présentes Conditions Générales (sauf indication contraire) et apparaît en gras.

#### **Accident Corporel**

– blessure corporelle identifiable causée par une action extérieure, soudaine, violente, inattendue et précise. Une blessure occasionnée par une exposition inévitable aux éléments naturels est considérée comme un **Accident Corporel**.

#### **Acte de Terrorisme**

– acte commis pour des raisons politiques, religieuses, idéologiques ou autres dans l'intention d'influencer un gouvernement ou d'effrayer la société ou une partie de la société, y compris mais non limité à l'usage de la force ou de la violence et/ ou de menaces de la part de toute personne ou groupe(s) de personne, qu'elle agisse seule, pour le compte de, ou en rapport avec une (des) organisation(s) ou un (des) gouvernement(s).

#### **Atteinte(s) Corporelle(s)**

– toute maladie, affection, ou blessure médicale ou psychologique.

#### **Assuré Principal**

– la personne désignée en premier sur les **Conditions Particulières**.

#### **Autorité Médicale**

– personne titulaire d'un diplôme de médecine ou de chirurgie dûment autorisée à exercer, reconnue par la loi du pays où le traitement est dispensé et qui, en dispensant ce traitement, exerce dans le champ d'application de son autorisation et de sa formation, et qui n'a aucun lien de parenté ou autre avec **Vous** ou un compagnon de voyage.

#### **AXA Assistance**

– le prestataire de service, dépendant d'AXA Travel Insurance 10/11 Mary Street, Dublin 1, Irlande (numéro d'immatriculation de la société 426087).

#### **Complications de Grossesse**

– les complications suivantes imprévues de grossesse, telles que certifiées par une **Autorité Médicale** : toxémie ; hypertension gestationnelle ; pré-éclampsie ; grossesse extra-utérine ; môle hydatiforme (grossesse molaire) ; hyperémèse ; hémorragie du troisième trimestre ; décollement placentaire, placenta praevia, hémorragie de la délivrance ; membrane à rétention placentaire ; fausse couche ; mort à la naissance ; césarienne d'urgence par nécessité médicale/ interruption médicalement nécessaire et toutes naissances prématurées ou tentatives d'accouchement avant terme plus de 8 semaines (ou 16 semaines dans le cas d'une grossesse multiple) avant la date prévue de l'accouchement.

#### **Conditions Particulières**

– document, émis lors de la souscription au présent contrat et prenant effet à compter de **Notre** acceptation de la prime. Elles comprennent les renseignements fournis à AXA Travel Insurance : le type de contrat, la liste des **Personnes Assurées**, le niveau de couverture choisi, la **Période de Couverture**, la **Territorialité**, les restrictions d'âge, le montant de la prime ainsi que les options achetées.

#### **Domicile**

– **Votre** lieu de résidence habituel dans **Votre Pays de Résidence**.



### État(s) Préexistant(s)

– toute **Atteinte Corporelle** passée ou présente ayant provoqué des symptômes, ou pour laquelle toute forme de traitement ou de prescription, consultation médicale, examen ou suivi/ bilan de santé a été requis ou reçu au cours des 12 mois précédant l'entrée en vigueur de la couverture au titre des présentes Conditions Générales et/ ou précédant tout **Voyage**.

### Fait Générateur

– l'**Accident Corporel**, l'**Atteinte Corporelle**, le décès, le problème juridique ou tout événement justifiant **Notre** intervention tel que stipulé au niveau des garanties du présent contrat.

### France

– France métropolitaine (Corse comprise), Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion et Mayotte.

### Franchise(s)

– dans la plupart de **Nos** garanties, une franchise est appliquée. La **Franchise** est le montant resté à **Votre** charge pour chaque demande d'indemnisation et chaque **Fait Générateur** et pour chaque **Personne Assurée** comme indiqué dans le **Tableau des Garanties**.

### Moyen de Transport Public

– tout autobus, taxi, ferry-boat, aéroglisseur, hydrofoil, navire, train, tramway ou métro appartenant et exploité par un transporteur dûment agréé pour le transport payant de passager, et tout avion appartenant et exploité par une compagnie régulière ou charter dûment agréée pour le transport payant de passagers sur lignes régulières, et pour lequel **Vous** avez réservé **Votre Voyage**.

### Notre/ Nos/ Nous

– Inter Partner Assistance, 10/11 Mary Street, Dublin 1, Irlande, et/ ou Inter Partner Assistance SA (IPA), Avenue Louise, 166 bte1, 1050, Bruxelles, Belgique et/ ou AXA Travel Insurance, sis à la même adresse en Irlande. Toutes ces sociétés font partie du Groupe AXA Assistance.

### Option Extension des Motifs d'Annulation

– Un événement aléatoire, quel qu'il soit, constituant un obstacle immédiat, réel et sérieux, empêchant **Votre** départ et/ou l'exercice des activités prévues pendant **Votre Voyage**.

Par événement aléatoire, **Nous** entendons toute circonstance soudaine, imprévisible et indépendante de la volonté de l'**Assuré** justifiant l'annulation du **Voyage**. L'événement aléatoire doit avoir un lien de causalité direct avec l'impossibilité de partir.

Si **Vous** ne pouvez pas établir la réalité de la situation ouvrant droit à **Nos** prestations et si les informations fournies ne prouvent pas la matérialité des faits, **Nous** pouvons refuser **Votre** demande.

### Parent Proche

– La mère, le père, la sœur, le frère, l'épouse, l'époux, la fille, le fils, le grand-père, la grand-mère, le beau-père, la belle-mère, la belle-fille, le beau-fils, la belle-sœur, le beau-frère, le tuteur légal, le conjoint ou concubin demeurant sous le même toit que l'**Assuré Principal**.

### Pays de Résidence

– pays dans lequel **Vous** résidez fiscalement. Pour souscrire à ce contrat **Vous** devez résider en **France** de façon permanente.

### Période de Couverture

– Si **Vous** avez souscrit une Assurance Voyage Annuelle American Express Annulation : il s'agit de la période pour laquelle **Nous** avons accepté la prime indiquée aux **Conditions Particulières**.

La garantie Annulation prend effet à la date de paiement de **Votre** contrat ou bien à la date de paiement de **Votre Voyage** (la date la plus récente étant retenue) et prendra fin au début de **Votre Voyage**.

– Si **Vous** avez souscrit un contrat d'Assurance Voyage Temporaire American Express Annulation : il s'agit de la durée de **Votre Voyage** qui ne doit en aucun cas excéder la période de validité des garanties indiquées sur les **Conditions Particulières**.

La garantie Annulation prend effet à la date de paiement de **Votre** contrat ou bien à la date de paiement de **Votre Voyage** (la date la plus récente étant retenue) et prendra fin au début de **Votre Voyage**.

### Souscripteur

– le titulaire d'une carte American Express dont l'émetteur est American Express Carte-France et qui est la personne qui a demandé l'établissement du contrat d'assurance ; ou  
– le titulaire d'une carte Visa ou MasterCard et qui est la personne qui a demandé l'établissement du contrat d'assurance.

### Tableau des Garanties

– tableau énumérant les montants d'indemnisation et figurant au page 1 des présentes Conditions Générales.

### Territorialité

– Monde entier : les **Voyages** dans le Monde Entier sont couverts.

### Vous/ Votre/ Vos/ Personne(s) Assurée(s)

– chaque personne participant à un **Voyage** et dont le nom figure dans les **Conditions Particulières**.

### Voyage

– Séjour ou déplacement à titre privé ou professionnel effectué dans la **Territorialité** pendant la **Période de Couverture**.

Les **Voyages** doivent commencer et se terminer dans le **Pays de Résidence**.

Les **Voyages** en **France** doivent être d'au moins 25 Km depuis **Votre Domicile** et ne sont couverts que si **Vous** avez réservé au préalable soit des billets de **Voyage** par air, train (TGV ou Grandes Lignes) ou mer soit au moins une nuit dans un hôtel, un motel, un centre de vacances, chambre d'hôtes, un camping ou tout autre logement assimilé qui peut être loué contre paiement.

## 5. DISPOSITIONS GÉNÉRALES

**Vous** devrez respecter les conditions suivantes en plus des points répertoriés dans les CONDITIONS SPÉCIALES dans le Section A ci-dessous, afin de bénéficier de la protection complète prévue par les dispositions du **Tableau des Garanties**. Si **Vous** ne remplissez pas ces conditions, **Nous** pouvons être amenés à refuser **Votre** demande d'indemnisation ou à réduire l'indemnisation qui **Vous** sera versée.

1. **Vous** devez prendre toutes les précautions et toutes les mesures raisonnables pour **Vous** protéger contre les accidents, les maladies ou les blessures. **Vous** devez agir comme si **Vous** n'étiez pas couvert, prendre des mesures pour réduire **Vos** pertes le plus possible et prendre des mesures raisonnables pour empêcher tout sinistre ultérieur et pour récupérer les biens manquants.
2. **Nous Vous** demandons de **Nous** informer dans les 28 jours suivant **Votre** découverte de tout sinistre conduisant à une demande d'indemnisation, et de **Nous** retourner **Votre** formulaire de demande d'indemnisation rempli et toute information complémentaire dès que possible.
3. **Vous** ou **Vos** représentants légaux devez fournir à **Vos** frais toutes les informations, preuves, certificats médicaux, factures originales, reçus, rapports, assistance qui peuvent s'avérer nécessaires y compris les données d'autres

contrats d'assurance. **Nous** pouvons refuser de **Vous** indemniser pour les frais pour lesquels **Vous** n'êtes pas en mesure de fournir des reçus ou des factures. Merci de conserver des copies de tous les documents que **Vous Nous** envoyez.

4. **Vous** ne devez accepter, refuser, régler, rejeter, négocier ou prendre aucune disposition concernant une demande d'indemnisation sans **Notre** autorisation.
5. **Vous** devez également **Nous** envoyer sans tarder toute assignation ou citation à comparaître, courrier de demande d'indemnisation ou autre document relatif à cette demande d'indemnisation.
6. En cas de demande d'indemnisation et si **Nous** l'exigeons, **Vous** devez accepter d'être examiné par une **Autorité Médicale** de **Notre** choix, à **Nos** frais. Si **Vous** venez à décéder, **Nous** pouvons également être amenés à demander un examen post-mortem effectué à **Nos** frais.
7. **Nous** avons le droit, si **Nous** le choisissons, en **Votre** nom mais à **Nos** frais, de :
  - a) reprendre la défense ou la conclusion de toute demande d'indemnisation ;
  - b) entamer des poursuites judiciaires en **Votre** nom pour recevoir une indemnisation d'un tiers pour **Notre** propre bénéfice ou pour récupérer auprès d'un tiers tout versement déjà effectué ;
  - c) prendre toute mesure pour récupérer tout bien perdu ou tout bien que **Vous** croyez avoir perdu.
8. Si **Vous** ou toute personne agissant pour **Vous** à tous égards, essayez de **Vous** procurer des fonds, des informations ou autres biens par la tromperie ou tout autre moyen illégal, y compris une fausse déclaration ou une omission de faits intentionnelle afin de présenter sous un faux jour la situation réelle, le présent contrat sera nul et non avenu. **Nous** pouvons en informer les autorités de police et **Vous** devrez **Nous** rembourser toute somme déjà perçue au titre du présent contrat.
9. Si **Nous** effectuons toute dépense pour laquelle **Vous** n'êtes pas couvert, **Vous** devrez la rembourser le mois suivant **Notre** demande de remboursement.
10. Si **Vous** êtes couvert pour les mêmes garanties auprès d'autres assureurs, **Vous** devez **Nous** en informer et **Nous** communiquer leurs coordonnées ainsi que l'étendue de leurs garanties, conformément à l'article L121-4 du Code des Assurances. **Vous** pouvez obtenir l'indemnisation de **Vos** dommages en **Vous** adressant à l'assureur de **Votre** choix.

## 6. EXCLUSIONS GÉNÉRALES

Ces exclusions s'appliquent à l'ensemble de **Votre** contrat en plus des points répertoriés dans la partie CE QUI N'EST PAS COUVERT dans le Section A ci-dessous. **Nous** ne paierons aucune indemnité pour les sinistres découlant directement ou indirectement de :

1. Tout **État Préexistant**.
2. **Votre** participation à, ou la pratique de : activité manuelle à l'exception de : travail dans un bar, un restaurant ou un chalet, en tant que serveur, femme de ménage, fille au pair ou gardien d'enfants, et activité manuelle légère occasionnelle au niveau du sol y compris les travaux de vente au détail et la cueillette de fruits ; l'usage d'outils coupants, d'outils et de machines électriques ; le transport aérien sauf en tant que passager payant d'un appareil autorisé pour le transport de passagers ; l'utilisation de véhicules à deux ou trois roues sauf si **Vous** détenez un permis de conduire émis par **Votre Pays de Résidence** autorisant l'utilisation de ce type de véhicules, et si **Vous** et **Vos** passagers portez tous des casques ; la pratique d'une profession de spectacles ; les sports pratiqués de façon professionnelle ; la course (autre qu'à pied) ; les rallyes ou compétitions en véhicule à moteur ; ou tout test d'endurance ou de vitesse ; de la pratique d'un sport ou d'une activité sportive à titre professionnel ou dans le cadre d'une compétition (y compris l'entraînement, les essais et les épreuves).

3. Toute demande d'indemnisation résultant de **Votre** suicide ou tentative de suicide ; d'une blessure que **Vous** seriez occasionnée délibérément ; de la prise de tout médicament non prescrit par une **Autorité Médicale**, de l'addiction à une drogue, de l'abus de solvants, de drogues ou d'alcool, ou d'un comportement sous l'emprise de drogues, solvants ou alcool (lorsque le taux d'alcoolémie est égal ou supérieur au taux légal en vigueur dans le pays où a lieu le sinistre).
4. Une exposition injustifiée à un danger (sauf lorsqu'il s'agit de sauver une vie humaine).
5. Toute demande d'indemnisation résultant de **Votre** implication dans une bagarre, hormis pour **Vous** défendre.
6. Un problème médical pour lequel **Vous** ne prenez pas le traitement recommandé ou la prescription tel qu'indiqué par une **Autorité Médicale**.
7. **Votre Voyage** entrepris contre toutes prescriptions sanitaires stipulées par le transporteur, ses représentants ou tout autre prestataire de **Moyen de Transport Public**.
8. **Vos** agissements illégaux ou toute procédure judiciaire entamée à **Votre** rencontre.
9. Toute autre perte, tout autre dommage ou toute autre dépense supplémentaire découlant du sinistre pour lequel **Vous** présentez une demande d'indemnisation qui englobent par exemple les frais engagés pour l'élaboration d'une demande d'indemnisation, la perte de revenus, la perte ou les coûts induits par l'interruption de **Votre** activité, un dérangement, une saisie-exécution ou encore la perte de jouissance ou d'agrément.
10. Les opérations en tant que personnel des forces armées.
11. **Votre Voyage** dans un pays ou une zone ou pour un événement pour lesquels un organisme gouvernemental de **Votre Pays de Résidence** ou l'Organisation Mondiale de la Santé déconseillent formellement tout **Voyage**, ou qui sont soumis à un embargo officiel de la part des Nations Unies. **Nous** **Vous** remercions de **Vous** référer au site [www.diplomatie.gouv.fr](http://www.diplomatie.gouv.fr), rubrique Conseils aux Voyageurs.
12. Toute dépense dont il **Vous** aurait été demandé de **Vous** acquitter ou dont il aurait été attendu que **Vous** acquittiez, si le sinistre entraînant la demande d'indemnisation ne s'était pas produit.
13. Toute situation dont **Vous** avez connaissance et qui pourrait raisonnablement **Vous** amener à déclarer un sinistre au titre du présent **Tableau des Garanties**.
14. Les frais de téléphone ou de fax.
15. La guerre, l'invasion, les actes d'un ennemi étranger, les hostilités ou les opérations belliqueuses (qu'elles aient été déclarées ou non), la guerre civile, la rébellion, les **actes de terrorisme**, la révolution, l'insurrection, les troubles à l'ordre public lorsqu'ils prennent les proportions d'un soulèvement, le coup d'état militaire ou l'usurpation de pouvoir.
16. Radiations ionisantes ou contamination par la radioactivité émanant de tout combustible nucléaire ou déchets nucléaires, de la combustion de combustible nucléaire ou de la radioactivité, la toxicité, l'explosion ou toute autre manifestation dangereuse émanant de sources nucléaires.

## 7. SECTION A – FRAIS D'ANNULATION

### CE QUI EST COUVERT

**Nous** remboursons jusqu'à 500 € ou à concurrence du montant indiqué par **Voyage** dans **Vos Conditions Particulières** pour les prestations non consommées et non récupérables et autres frais payés d'avance ou à payer ainsi que les frais supplémentaires restant à **Votre** charge en cas d'annulation ou nouvelle réservation nécessaire et inévitable d'un **Voyage** à la suite de l'un des changements quelconque suivants, qui est indépendant de **Votre** volonté, et dont **Vous** n'aviez pas connaissance au moment où **Vous** avez réservé **Votre Voyage** :

1. maladie imprévue, blessure ou décès, **Vous** concernant, ou concernant un **Parent Proche** ou de toute personne avec laquelle **Vous Voyagez** ou logez pendant **Votre Voyage**.
2. une **Complication de Grossesse** **Vous** concernant.

- Si la police juge **Vous** présence nécessaire et **Vous** demande de rester sur place ou de rentrer à **Votre Domicile** en raison de dommages graves à **Votre Domicile** ou lieu de travail (dans la mesure où **Vous** seriez le propriétaire, un administrateur ou le président de l'entreprise) provoqués par un incendie, un avion, une explosion, un orage, une inondation, un affaissement de terrain, une intrusion ou un vol.
- Ou toute autre motif couvert au titre de l'**Option Extension des Motifs d'Annulation** qui figurera dans **Vos Conditions Particulières** si **Vous** avez souscrit et réglé la prime correspondante.

#### CONDITIONS SPÉCIALES

- Si **Vous** annulez tardivement ou si **Vous** n'annulez pas **Votre Voyage** auprès de **Vous** agence de **Voyage**, tour opérateur ou prestataire hôtelier ou de transport, dès que **Vous** avez pris connaissance d'un événement justifiant une annulation de **Votre Voyage**, **Nous** ne pourrions prendre en charge que les frais d'Annulation exigibles si **Vous** n'aviez pas omis d'annuler ou si **Vous** n'aviez pas annulé tardivement.
- Si **Vous** annulez le **Voyage** en raison d'un **Accident Corporel** ou d'une maladie, **Vous** devez fournir un certificat médical de l'**Autorité Médicale** traitant la personne blessée/ malade, mentionnant que cela **Vous** a nécessairement et raisonnablement empêché de voyager.

#### LIMITATIONS IMPORTANTES AU TITRE DE LA SECTION A – FRAIS D'ANNULATION

Les demandes d'indemnisation au titre de cette section ne sont pas couvertes pour les sinistres résultant directement ou indirectement de toute **Atteinte Corporelle Préexistante** portée à connaissance préalablement à l'acquisition du contrat sous ces **Conditions Générales**, la prise d'effet de la **Période de Couverture** ou avant toute réservation de **Voyage** (la date la plus tardive étant retenue) ayant des incidences sur tout **Parent Proche** ou compagnon de **Voyage** qui n'est pas assuré en vertu des présentes **Conditions Générales** ou toute personne auprès de laquelle **Vous** avez convenu de résider à titre provisoire durant le **Voyage** :

- ces personnes auraient reçu un diagnostic de maladie de phase terminale avant la prise d'effet du contrat ou avant toute réservation d'un **Voyage** (la date la plus tardive étant retenue) ; ou
- ces personnes étaient sur liste d'attente ou avaient eu connaissance de la nécessité d'une intervention chirurgicale, hospitalisation ou d'un examen dans tout hôpital ou clinique ; ou
- si au cours des 90 jours précédant l'acquisition du contrat au terme des présentes **Conditions Générales**, la prise d'effet de la **Période de Couverture** ou avant toute réservation d'un **Voyage** (la date la plus tardive étant retenue), ils auraient dû se soumettre à toutes interventions chirurgicales, hospitalisations ou consultations hospitalières.

#### CE QUI N'EST PAS COUVERT

- La **Franchise** figurant dans le **Tableau des Garanties** par **Personne Assurée**, toute demande d'indemnisation sans exception.
- Les taxes d'aéroport non récupérables.
- Les demandes d'indemnisation découlant directement ou indirectement de circonstances qui **Vous** sont connues avant la date où ces **Conditions Générales** sont entrées en vigueur ou avant le moment de la réservation de tout **Voyage** (en tenant compte de l'événement qui survient le plus tôt) et dont on pouvait raisonnablement s'attendre à ce qu'elles donnent lieu à l'annulation.
- Tous les frais engagés parce que **Vous** n'avez pas immédiatement contacté **AXA Assistance** pour prendre les dispositions nécessaires relatives au **Voyage**, alors que **Vous** saviez que **Vous** **Voyage** allait être annulé.
- Les frais payés en utilisant des points acquis sur des programmes de fidélisation, par exemple Programme Flying Blue, ou des programmes de cartes bonus, des programmes

Timeshare, Holiday Property Bond ou autres programmes de points vacances et/ ou tous frais d'entretien associés.

- Toute demande d'indemnisation résultant de **Complications de Grossesse** qui se posent avant même de réserver ou de payer le **Voyage**, l'événement le plus tardif étant retenu. Tout accouchement ou grossesse normal, voire toute initiative de **Voyage** prise en dépit du fait que **Vous** **Autorité Médicale** ait établi que **Vous** grossesse présente un risque accru d'accouchement prématuré, ne constituerait pas un événement imprévu.
- Tous les frais engagés lorsque **Vous** n'avez pas de certificat médical du **médecin** traitant dans **Vous** lieu de villégiature ou sur le lieu du sinistre, expliquant pourquoi il est jugé nécessaire de retourner de manière anticipée dans **Vous** **Pays de Résidence**.
- Toute demande d'indemnisation résultant de **Vous** incapacité à **Voyager** en raison du défaut de détention, d'obtention ou de présentation d'un passeport valable ou de tous visas requis pour la **Personne Assurée**.
- Licenciement - causé par ou résultant d'une faute de l'assuré; ou d'une démission ou d'un départ volontaire; ou si une convocation à un entretien préalable a été reçue ou si le voyage a été réservé (l'événement le plus antérieur est pris en compte) avant d'acheter cette police.

## **8. PROCÉDURE DE DEMANDE D'INDEMNISATION**

Veillez lire la section appropriée des garanties pour savoir exactement ce qui est couvert ou non, en faisant particulièrement attention aux conditions, limitations et exclusions.

Présentation d'une demande d'indemnisation.

- En cas d'urgence, **Vous** devez tout d'abord appeler **AXA Assistance** au +33 (1)72 25 67 92 choix 1 (**Vous** devez avancer tous les frais engagés pour une maladie ou une blessure bénigne puis faire une demande d'indemnisation). Ce service est disponible 24 heures sur 24 et 365 jours.
- Pour toutes les autres demandes d'indemnisation, appelez **Notre** Assistance téléphonique Demandes d'indemnisation au +33 (1)72 25 67 92 choix 2 (du lundi au vendredi, de 9h00 à 17h00) pour obtenir un formulaire de demande d'indemnisation. **Vous** devrez indiquer :
  - **Vous** nom,
  - **Vous** numéro de contrat d'**Assurance Voyages American Express Annulation**,
  - les grandes lignes de **Vous** demande.

**Nous** **Vous** demandons de **Nous** informer dans les 28 jours suivant **Vous** découverte de tout sinistre ou perte conduisant à une demande d'indemnisation, et de **Nous** retourner **Vous** formulaire de demande d'indemnisation rempli et toute information complémentaire dans les plus brefs délais.

- Informations complémentaires.  
**Vous** devez fournir toutes **Vos** factures et tous **Vos** reçus et rapports originaux etc. **Vous** devez **Vous** reporter à la section en vertu de laquelle **Vous** formulez une demande d'indemnisation afin de connaître les conditions spécifiques et les détails des éventuelles pièces justificatives que **Vous** devez **Nous** fournir.  
Il est toujours conseillé de conserver des copies de tous les documents que **Vous** **Nous** envoyez.
- Gestionnaire des demandes d'indemnisation.  
Pour **Nous** aider à parvenir à un règlement rapide et juste d'une demande d'indemnisation, il peut parfois être nécessaire pour **Nous** de nommer un gestionnaire des demandes d'indemnisation.

## **9. DELAI DE REGLEMENT DES SINISTRES**

Dès lors que **Vous** dossier est complet, **Vous** indemnisation intervient dans les 10 jours suivant l'accord intervenu entre **Nous** ou la décision judiciaire exécutoire.



## 10. SUBROGATION DANS VOS DROITS ET ACTIONS

En contrepartie du paiement de l'indemnité et à concurrence du montant de celle-ci, **Nous** devenons bénéficiaires des droits et actions que **Vous** possédiez contre tout responsable du sinistre, conformément à l'article L121-12 du Code des Assurances.

Si **Nous** ne pouvons plus exercer cette action, par votre fait, **Nous** pouvons être déchargés de tout ou partie de **Nos** obligations envers **Vous**.

## 11. PRIME

Inter Partner Assistance procédera à l'encaissement de la prime dont le montant figure aux **Conditions Particulières** le jour de la Souscription.

## 12. REVISION DE LA PRIME

La prime peut être révisée chaque année à l'échéance du contrat. Dans ce cas, le **Souscripteur** a la faculté de demander la résiliation du contrat dans les trente jours suivant celui où il a eu connaissance de cette majoration.

Cette résiliation prend effet un mois après sa notification par lettre recommandée, par le **Souscripteur**, le cachet de la poste faisant foi.

Le **Souscripteur** reste néanmoins tenu de nous verser la portion de prime calculée à l'ancien tarif pour la période allant jusqu'à la date de résiliation.

A défaut de cette résiliation, l'augmentation de la prime prend effet à compter de la date portée sur l'appel de prime.

## 13. RESILIATION DE LA SOUSCRIPTION

La Souscription et les garanties cessent :

- En cas d'exercice, par **Vous-même**, de **Votre** droit à renonciation, à la date d'envoi de la lettre de renonciation, le cachet de la poste faisant foi ;
- En cas de non paiement de la prime, en application des dispositions de l'article L113-3 du Code des assurances ;
- Dans tous les autres cas prévus par le Code des assurances.

Le contrat Annuel est conclu pour une période d'un an. A l'issue de ce premier an, il sera renouvelé tacitement d'année en année. **Vous** avez la possibilité de résilier **Votre** contrat à la fin de chaque période annuelle d'assurance moyennant préavis de deux mois.

## 14. PLURALITE D'ASSURANCES

Conformément aux dispositions de l'Article L.121-4 du Code des Assurances, quand plusieurs assurances sont contractées sans fraude, chacune d'elle produit ses effets dans les limites des garanties de chaque Contrat, et dans le respect des dispositions de l'Article L.121-1 du Code des Assurances.

## 15. PROCÉDURE DE RÉCLAMATION NOUS SOMMES À VOTRE ÉCOUTE

**Nous** faisons en sorte de **Vous** fournir une qualité de service qui réponde à **Vos** attentes. Cependant, il peut arriver que **Vous** ayez le sentiment que **Vous** n'avez pas reçu le niveau de prestation auquel **Vous** pensez avoir droit. Dans ce cas, **Nous** souhaitons le savoir afin d'apporter des actions correctrices.

Pour le règlement de vos sinistres, vous pouvez vous adresser à l'assureur de votre choix.

### COMMENT NOUS CONTACTER :

**Vous** devez contacter **AXA Assistance** au +33 (1)72 25 67 92 choix 2 du lundi au vendredi de 9h à 17h. Une grande majorité des réclamations seront rapidement résolues à ce stade, mais si **Vous** n'étiez pas satisfait, **Vous** avez la possibilité de poursuivre la procédure :

### ÉTAPE 1 – PRÉSENTER VOTRE RÉCLAMATION

Communiquez-**Nous Vos** noms et coordonnées téléphoniques. Indiquez **Votre** numéro de contrat d'Assurance Voyages

American Express Annulation et/ ou le numéro de demande d'indemnisation. Expliquez clairement et de façon concise l'objet de **Votre** réclamation.

### ÉTAPE 2 – CONTACTER LE SIÈGE D'AXA TRAVEL INSURANCE

Si **Votre** réclamation est l'une des rares qui n'a pas reçu de réponse satisfaisante à ce stade, contactez le Responsable de la Relation Clients, par écrit et dans la langue de **Votre** choix, afin qu'il fasse des recherches au nom du Directeur général : AXA Travel Insurance, Head of Customer Care, The Quadrangle, 106-118 Station Road, Redhill, RH1 1PR, Royaume-Uni. **Vous** pouvez également **Nous** envoyer un courriel à l'adresse :

customer.support@axa-travel-insurance.com

Si un désaccord subsiste, **Vous** avez la faculté de faire appel au médiateur dont les coordonnées **Vous** seront alors communiquées par AXA Travel Insurance et ceci, sans préjudice des autres voies d'actions légales.

## 16. AUTORITE DE CONTROLE

### IPA

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

### ACP

Autorité de Contrôle Prudentiel :  
61, rue Taitbout – 75436 Paris CEDEX 09.  
Téléphone : 01 49 95 40 00

### ORIAS

Organisme pour le Registre des Intermédiaires en Assurance :  
1 rue Jules Lefebvre – 75311 Paris CEDEX 09.  
Téléphone : 01 53 21 51 70 - Télécopie : 01 53 21 51  
<http://www.orias.fr/>

## 17. UTILISATION DE VOS DONNÉES PERSONNELLES

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

- a) Utiliser les informations de l'Assuré ou de celles des personnes bénéficiant des garanties, afin de fournir les services décrits dans les présentes Conditions Générales. En utilisant les services d'AXA Assistance, l'Assuré consent à ce qu'AXA Assistance utilise ses données à cette fins ;
- b) Transmettre les données personnelles de l'Assuré et les données relatives à son Contrat, aux entités du Groupe AXA, aux prestataires de services d'AXA Assistance, au personnel d'AXA Assistance, et à toutes personnes susceptibles d'intervenir dans les limites de leurs attributions respectives, afin de gérer le dossier de sinistre de l'Assuré, lui fournir les garanties qui lui sont dues au titre de son Contrat, procéder aux paiements, et transmettre ces données dans les cas où la loi l'exige ou le permet ;
- c) Procéder à l'écoute et/ou à l'enregistrement des appels téléphoniques de l'Assuré dans le cadre de l'amélioration et du suivi de la qualité des services rendus ;
- d) Procéder à des études statistiques et actuarielles ainsi qu'à des analyses de satisfaction clients afin de mieux adapter nos produits aux besoins du marché ;
- e) Obtenir et conserver tout document photographique pertinent et approprié du bien de l'Assuré, afin de fournir les services proposés dans le cadre de son contrat d'assistance et valider sa demande ; et
- f) Procéder à l'envoi d'enquêtes qualité (sous forme de demandes à retourner ou de sondages) relatives aux services d'AXA Assistance et autres communications relatives au service clients.



- g) Utiliser les données personnelles dans le cadre d'un traitement de lutte contre la fraude ; ce traitement pouvant conduire, le cas échéant, à une inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.

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

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

Délégué à la Protection des données

**AXA Assistance**

6, rue André Gide

92320 Châtillon

Email : [dpo.axapartnersfrance@axa-assistance.com](mailto:dpo.axapartnersfrance@axa-assistance.com)

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

Pour toute utilisation des données personnelles de l'Assuré à d'autres fins ou lorsque la loi l'exige, AXA Assistance solliciter son consentement.

L'Assuré peut revenir à tout moment sur son consentement.

En souscrivant au présent contrat et en utilisant ses services, l'Assuré reconnaît qu'AXA Assistance peut utiliser ses données à caractère personnel et consent à ce qu'AXA Assistance utilise les données sensibles décrites précédemment. Dans le cas où l'Assuré fournit à AXA Assistance des informations sur des tiers, l'Assuré s'engage à les informer de l'utilisation de leurs données comme défini précédemment ainsi que dans la politique de confidentialité du site internet d'AXA Assistance (voir ci-dessous).

L'Assuré peut obtenir, sur simple demande, copie des informations le concernant. Il dispose d'un droit d'information sur l'utilisation faite de ses données (comme indiqué dans la politique de confidentialité du site AXA Assistance – voir ci-dessous) et d'un droit de rectification s'il constate une erreur.

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

Délégué à la protection des données

**AXA Assistance**

6, rue André Gide

92320 Châtillon

Email : [dpo.axapartnersfrance@axa-assistance.com](mailto:dpo.axapartnersfrance@axa-assistance.com)

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