

CONDITIONS GENERALES

DU CONTRAT HA164001S PACK EXPAT CFE SALARIE – NON SALARIE

FRAIS DE SANTE

PREAMBULE

Les présentes Conditions Générales référencées « CG /HA / PACK EXPAT CFE S-NS /FS / 11.16 » jointes aux Conditions Particulières constituent le contrat individuel frais de santé PACK EXPAT CFE SALARIE – NON SALARIE HA164001S.

Il est conclu entre :

Humanis Assurances,

Société Anonyme régie par le Code des Assurances au capital social de 13.565.655 € entièrement libéré, inscrite au Registre du Commerce et des Sociétés de Paris sous le numéro 447 883 661, dont le Siège social se situe 29 boulevard Edgar Quinet, 75014 PARIS, FRANCE.

Représentée par Sylvaine EMERY, dûment habilitée,

dénommée ci-après "**L'Assureur**",

d'une part,

et

"**Le Souscripteur**" désigné aux Conditions Particulières et chargé de l'exécution du contrat,

d'autre part,

Conjointement dénommés "**les Parties**".

La gestion du contrat est assurée par Humanis Assurances, via son service spécialisé dans la protection sociale des personnes en mobilité internationale, dénommé **WELCARE**.

SOMMAIRE

TITRE I - DISPOSITIONS GENERALES	4
Article 1 – OBJET DU CONTRAT	4
Article 2 - DEFINITIONS	4
Article 3 – ADHESION AU CONTRAT	5
Article 4 - COTISATIONS	8
Article 5 - PRESCRIPTION	10
Article 6 - SUBROGATION	10
Article 7 - RECLAMATION - MEDIATION.....	10
Article 8 - AUTORITE DE TUTELLE.....	11
Article 9 – SOUSCRIPTION A DISTANCE – INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES.....	11
Article 10- DISPOSITIONS DIVERSES	11
TITRE II – GARANTIES FRAIS DE SANTE	13
Article 11 – OBJET.....	13
Article 12 – DATE D’EFFET DES GARANTIES	13
Article 13 – ETENDUE TERRITORIALE	14
Article 14 – BENEFICIAIRES.....	15
Article 15 – CHOIX ET CHANGEMENT DE NIVEAU DE GARANTIES.....	15
Article 16 – ACCORD PREALABLE	15
Article 17 – GARANTIES COUVERTES	16
Article 18 – EXCLUSIONS.....	18
Article 19 – GESTION DES SINISTRES.....	20
Article 20 – CONTROLE MEDICAL.....	22
GARANTIES ANNEXES.....	23

TITRE I - DISPOSITIONS GENERALES

Article 1 – OBJET DU CONTRAT

Il a pour objet de garantir, en complément de la Caisse des Français de l'Étranger (CFE), le remboursement ou la prise en charge des frais de santé engagés par les bénéficiaires, dans les limites fixées aux présentes Conditions Générales et précisées aux Conditions Particulières.

Ces garanties sont complétées, de façon automatique ou optionnelle selon la formule de garanties retenue, par des garanties annexes composées de garanties d'assistance, d'assurance bagages et d'assurance de responsabilité civile à l'étranger (détaillées dans l'annexe au contrat) souscrites auprès de :

INTER PARTNER ASSISTANCE, succursale France - RCS Nanterre 316 139 500 - 6 rue André Gide 92320 Châtillon-France - SA de droit belge - Entreprise d'assurance agréée par la Banque nationale de Belgique n°0487 - RPM Bruxelles 415 591 055 - 166 avenue Louise 1050 Bruxelles – Belgique, **agissant sous la marque AXA Assistance**.

Ce contrat est régi par les dispositions légales et réglementaires du Code des assurances français.

Toute modification au contrat sera constatée par voie d'avenant aux Conditions Particulières.

Il est précisé que l'adhésion à ce contrat ne dispense pas de cotiser aux régimes obligatoires du pays d'expatriation le cas échéant, y compris pour les pays appartenant à l'Espace Economique Européen.

Article 2 - DEFINITIONS

Accident : tout événement soudain, imprévu et extérieur à la victime constituant la cause du dommage. En application de l'article 1315 du Code civil français, il appartient au bénéficiaire d'apporter la preuve de l'accident et de la relation directe de cause à effet entre celui-ci et les frais engagés.

Bénéficiaire : personne qui recevra la prestation due par l'Assureur en cas de réalisation d'un risque garanti par le présent contrat, à savoir :

- le Souscripteur,
- le cas échéant les membres de sa famille assurés au titre du contrat, tels que définis à l'article 14 des présentes Conditions Générales, moyennant paiement des cotisations afférentes.

CFE : Caisse des Français de l'Étranger.

Concubin : personne vivant en concubinage avec le Souscripteur, dans les conditions prévues à l'article 515-8 du Code civil français.

Conjoint : le conjoint du Souscripteur non divorcé ni séparé de corps judiciairement.

Cotisation : somme payée par le Souscripteur en contrepartie des garanties accordées par le présent contrat.

Délai de carence : période durant laquelle les garanties ne sont pas encore en vigueur. Les délais de carence sont calculés par rapport à la date d'effet de l'adhésion du Souscripteur et/ou de chacun des bénéficiaires et à la date des soins et non la date d'envoi du dossier de remboursement. Les cotisations sont dues pendant le délai de carence.

Echéance : date à laquelle le Souscripteur doit payer la cotisation ou une fraction de celle-ci.

Etranger : tout pays à l'exception de la France. Sont assimilés à l'étranger les COM, les POM et les TOM français.

Frais réels : ensemble des dépenses engagées par un bénéficiaire pour ses soins de santé.

France : France métropolitaine (Corse comprise) et DOM-ROM.

Maladie Inopinée : toute altération de la santé constatée par un praticien diplômé compétent, présentant un caractère soudain et imprévisible.

Partenaire lié par un PACS : la personne liée au Souscripteur par un Pacte Civil de Solidarité.

Pays d'origine : pays dans lequel est située la résidence principale et habituelle du Souscripteur avant son départ hors de France.

Praticien diplômé / établissement régulièrement autorisé : toute personne titulaire d'un diplôme de médecine légalement reconnu dans le pays où elle exerce habituellement son activité professionnelle.

Prescription : période au-delà de laquelle aucune réclamation n'est recevable.

Sinistre : événement, maladie ou accident mettant en jeu les garanties prévues au présent contrat.

Souscripteur : personne physique qui souscrit le contrat et qui paie les cotisations.

Subrogation : action par laquelle l'Assureur se substitue dans les droits et actions des bénéficiaires contre l'éventuel responsable de dommages afin d'obtenir le remboursement des sommes que l'Assureur a réglé à la suite d'un sinistre.

Article 3 – ADHESION AU CONTRAT

3.1 Conditions d'adhésion

Est admissible à l'assurance :

- toute personne bénéficiant de la garantie « Maladie-Maternité » de la CFE :
 - en tant qu'expatrié non salarié,
 - en tant qu'expatrié sans activité professionnelle,
- toute personne bénéficiant de la garantie « Maladie-Maternité-Invalidité » de la CFE en tant qu'expatrié salarié,

âgée de moins de 60 ans à la date d'adhésion au présent contrat.

Le Souscripteur doit remplir un bulletin d'adhésion qui doit être communiqué à l'Assureur au moins 15 jours avant la date d'effet souhaitée du contrat.

L'adhésion peut être étendue, au moyen du bulletin d'adhésion, sous condition suspensive du paiement des cotisations afférentes et des justificatifs à apporter, aux membres de la famille du Souscripteur, dans les conditions définies à l'article 14 des présentes Conditions Générales.

Le Souscripteur doit résider en France au jour de l'adhésion ou adhérer dans les 6 mois suivant son départ de France afin d'adhérer sans formalités médicales.

Par dérogation à ce qui précède, si le Souscripteur est expatrié aux Etats-Unis d'Amérique, il ne peut souscrire qu'avant son départ de France.

3.2 Formalités médicales

Si le Souscripteur adhère au présent contrat plus de 6 mois après son départ de France, l'ensemble des bénéficiaires fera l'objet d'une sélection médicale effectuée via un questionnaire de santé renseigné et renvoyé par le Souscripteur au Médecin Conseil de l'Assureur, sous pli cacheté portant la mention « Confidentiel ». Ce pli est à adresser au Médecin Conseil de l'Assureur, Cellule Médicale, 8 boulevard Vauban 59024 Lille Cedex.

Après examen de ce questionnaire, le service médical de l'Assureur se réserve le droit :

- **de demander, en fonction des résultats, toutes justifications, visites ou examens complémentaires,**
- **de majorer la/les cotisations,**
- **de refuser l'adhésion.**

3.3 Obligations déclaratives du Souscripteur et/ou d'un bénéficiaire

3.3.1 A la souscription

Les déclarations faites sur le bulletin d'adhésion et sur le questionnaire de santé le cas échéant permettent à l'Assureur de statuer sur l'acceptation ou non du risque et sur le montant des cotisations.

Le Souscripteur et/ ou les bénéficiaires s'engagent à effectuer des déclarations exactes.

3.3.2 En cours de contrat

Le Souscripteur et/ou les bénéficiaires s'engagent à informer l'Assureur dans les 15 jours suivant la date à laquelle ils ont en eu connaissance, de toute modification affectant une donnée figurant dans les Conditions Particulières (par défaut les lettres adressées au dernier domicile connu par l'Assureur produiront tous leurs effets).

3.3.3 Conséquence du non respect des obligations déclaratives

En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle du Souscripteur ou d'un bénéficiaire susceptible de changer l'objet du risque ou d'en diminuer l'opinion pour l'Assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par le Souscripteur ou le bénéficiaire a été sans influence sur la réalisation du risque, le contrat sera annulé de plein droit.

Les cotisations demeurent acquises à l'Assureur et les prestations versées feront l'objet d'un remboursement par le Souscripteur.

En cas de réticence ou de fausse déclaration non intentionnelle constatée avant la réalisation du risque l'Assureur peut :

- soit maintenir le contrat, moyennant une augmentation des cotisations acceptée par le Souscripteur,

- soit résilier le contrat dix jours après notification adressée au Souscripteur par lettre recommandée en restituant la fraction de cotisation payée pour le temps où l'assurance ne court plus.

En cas de réticence ou de fausse déclaration non intentionnelle constatée après la réalisation du risque, l'indemnité versée par l'Assureur est réduite en proportion du montant des cotisations payées par rapport au montant des cotisations qui auraient été dues si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

3.4 Prise d'effet de l'adhésion

3.4.1 L'adhésion du Souscripteur au présent contrat prend effet à la date indiquée aux Conditions Particulières, au plus tôt le 1^{er} jour du mois qui suit l'acceptation du dossier par l'Assureur ou, le cas échéant, le 1^{er} jour du mois qui suit l'acceptation de la majoration de la/des cotisation(s) par le Souscripteur.

En tout état de cause, seule la date d'effet figurant sur les Conditions Particulières du contrat fait foi entre les Parties.

3.4.2 L'adhésion des autres bénéficiaires au présent contrat prend effet :

- en même temps que l'adhésion du Souscripteur lorsque les bénéficiaires figurent sur le bulletin d'adhésion et sous réserve de la présentation des pièces justificatives permettant de bénéficier du présent contrat ;

- dès réception de la demande d'adhésion si celle-ci est consécutive à un changement de situation maritale (mariage, conclusion d'un PACS, concubinage), sous réserve que la demande soit effectuée dans les soixante jours suivant la survenance de l'événement et sous réserve de la présentation des pièces justificatives permettant de bénéficier du présent contrat ;

- dès le jour de la naissance ou de l'adoption, sous réserve que la demande soit effectuée dans les six mois suivant la survenance de l'événement et sous réserve de la présentation des pièces justificatives permettant de bénéficier du présent contrat ;

- le premier jour du mois civil qui suit la réception de la demande d'adhésion accompagnée des pièces justificatives permettant de bénéficier du présent contrat, dans les cas non visés ci-avant.

Renonciation au contrat

Si le Souscripteur a souscrit à distance, il dispose d'un délai de quatorze jours calendaires révolus pour renoncer au contrat, à compter de la date d'effet précisée aux Conditions Particulières, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités. Ce délai expire le dernier jour à minuit. Il n'est pas prorogé s'il expire un samedi, un dimanche ou un jour férié chômé.

L'adhésion au présent contrat ne produit ses effets qu'à l'expiration de ce délai de quatorze jours, sauf si le Souscripteur demande expressément son exécution à la date prévue aux Conditions Particulières en cochant la case prévue à cet effet sur le bulletin d'adhésion.

Le délai de renonciation court, soit à partir du jour où l'adhésion a pris effet, soit à compter du jour de la réception des Conditions Particulières si cette dernière date est postérieure à la date de conclusion du contrat.

L'Assureur est tenu de rembourser au Souscripteur au plus tard dans les trente jours, suivant la date à laquelle le Souscripteur a communiqué sa volonté de renoncer, toutes les sommes perçues en application du contrat.

Pour exercer ce droit de renonciation, le Souscripteur doit adresser une lettre recommandée avec avis de réception à WELCARE, à l'adresse suivante :
WELCARE, BP 30, 41914 Blois Cedex 9, France.

Le Souscripteur peut utiliser le modèle de lettre ci-après proposé :

« Je soussigné(e) (nom, prénom, adresse), déclare renoncer à ma souscription au contrat PACK EXPAT CFE SALARIE – NON SALARIE HA164001S Fait à, le..... Signature ».

3.5 Durée, renouvellement et cessation de l'adhésion

3.5.1 Durée et renouvellement de l'adhésion

L'adhésion au présent contrat se termine le 31 décembre de l'année au cours de laquelle elle a pris effet. Elle se renouvelle ensuite annuellement par tacite reconduction, sauf résiliation par l'Assureur ou le Souscripteur.

Le renouvellement s'effectue selon les éventuelles nouvelles conditions tarifaires et/ou de garanties, dont le Souscripteur sera tenu préalablement informé au plus tard deux mois avant sa date de renouvellement.

3.5.2 Cessation de l'adhésion

3.5.2.1 L'adhésion du Souscripteur au présent contrat cesse :

- de plein droit :

- à la date à laquelle il ne fait plus partie de la catégorie assurable telle que définie à l'article 3.1 des présentes Conditions Générales, exception faite de son âge,
- à la date de liquidation de la pension vieillesse de la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse française (CNAV) ou du Régime Social des Indépendants (RSI) ou de tout autre régime de base obligatoire français et en tout état de cause à la date de liquidation d'une retraite complémentaire française ;
- en cas de retrait total de l'agrément de l'Assureur. La résiliation sera effective le 40^{ème} jour à compter de la publication au Journal Officiel du retrait de l'agrément,
- En cas de décès du Souscripteur, l'Assureur rembourse prorata temporis la partie de cotisation réglée, relative au Souscripteur, correspondant à la période d'assurance non courue postérieure au décès et ce, à compter de la date de l'évènement. Les bénéficiaires qui lui étaient rattachés le cas échéant, continuent à être garantis pendant 3 mois civils à compter de la date de l'évènement, moyennant paiement des cotisations afférentes. A l'issue de cette période et dans les 3 mois qui suivent, le conjoint ou le partenaire lié par un PACS ou le concubin peut demander à adhérer à titre personnel s'il remplit les conditions d'adhésion décrites à l'article 3.1 des présentes Conditions Générales. Les formalités médicales ne seront pas applicables mais la précédente majoration de cotisation sera, le cas échéant, maintenue.

- à l'initiative du Souscripteur :

- au 31 décembre de chaque année, par lettre recommandée avec avis de réception, sous réserve que cette demande soit envoyée à l'Assureur au plus tard le 30 novembre.
- à tout moment, dans les conditions prévues à l'article 113-16 du Code des assurances français.

La dénonciation par le Souscripteur de son adhésion est définitive, de telle sorte qu'il ne pourra plus formuler de demande d'adhésion au présent contrat, sauf dérogation par l'Assureur.

- à l'initiative de l'Assureur :

- en cas de non-paiement des cotisations, selon les dispositions prévues à l'article 4.2 des présentes Conditions Générales,
- en cas de refus de la part du Souscripteur d'une révision de cotisation dans les conditions décrites à l'article 4.5 des présentes Conditions Générales,
- en cas de fausse déclaration non intentionnelle du Souscripteur ou d'un bénéficiaire constatée avant la réalisation du risque, dans les conditions décrites à l'article 3.3.3 des présentes Conditions Générales.
- à tout moment dans les conditions prévues à l'article 113-16 du Code des assurances français.

3.5.2.2 L'adhésion des autres bénéficiaires au présent contrat cesse :

- à la date de cessation de l'adhésion du Souscripteur, sauf en cas de décès du Souscripteur, dans les conditions prévues à l'article 3.5.2.1 des présentes Conditions Générales.
- à la date à laquelle ils ne répondent plus aux conditions pour être bénéficiaire telles que définies à l'article 14 des présentes Conditions Générales,
- au 31 décembre de l'année au cours de laquelle le Souscripteur demande la résiliation de l'adhésion du bénéficiaire au plus tard le 31 octobre de l'année par lettre recommandée. La demande adressée à l'Assureur après le 31 octobre est de nul effet. Le cas échéant elle doit être renouvelée avant le 31 octobre de l'année suivante pour prendre effet au 31 décembre de cette même année.

La cessation de l'adhésion prive de tout droit à prestation le Souscripteur ou tout autre bénéficiaire pour les frais exposés postérieurement à la date de cessation de l'adhésion. Par exception, si le bénéficiaire est hospitalisé à la date de cessation de l'adhésion, l'Assureur accorde une prise en charge et/ ou un remboursement des soins effectués au titre du poste hospitalisation médicale, chirurgicale et psychiatrique pendant les 3 jours suivant la date de cessation de l'adhésion.

Article 4 - COTISATIONS**4.1 Paiement des cotisations**

Les cotisations doivent être réglées, d'avance, en euro, trimestriellement, par le Souscripteur.

Le Souscripteur s'engage formellement à payer ses cotisations selon cette périodicité. Cette obligation n'est pas subordonnée à la réception par le Souscripteur d'un avis d'échéance émis par l'Assureur.

Par dérogation à ce qui précède, les cotisations peuvent être payées par une entreprise mandataire désignée par le Souscripteur.

Cette entreprise, employant le Souscripteur salarié expatrié, peut être désignée en tant que mandataire responsable du versement des cotisations dues aux échéances au titre du présent contrat.

L'Assureur met à la disposition du Souscripteur un formulaire type « Désignation de l'entreprise mandataire ». Le Souscripteur ou l'entreprise mandataire doit remettre à l'Assureur le formulaire dûment rempli et signé et y joindre un extrait Kbis (ou document équivalent pour les sociétés étrangères) datant de moins de 3 mois.

Par la signature du mandat, l'entreprise mandataire s'engage à :

- effectuer le paiement des cotisations aux échéances prévues,
- informer l'Assureur en cas de cessation d'activité du Souscripteur (et notamment en cas de rupture du contrat de travail ou départ en retraite),
- informer l'Assureur de toute modification de situation ayant des conséquences directes sur la bonne poursuite du mandat.

4.2 Non-paiement des cotisations

Conformément aux dispositions légales (art. L. 113-3 du Code des assurances français), à défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation dans les 10 jours de son échéance, l'Assureur adressera au Souscripteur, ou à l'entreprise mandataire désignée dans les conditions de l'article 4.1, responsable du paiement des cotisations, une lettre recommandée de mise en demeure de payer.

Le contrat sera suspendu à l'expiration d'un délai de 30 jours, à compter du lendemain à 0 heure de la date d'envoi de la mise en demeure.

Le contrat sera résilié à l'expiration d'un nouveau délai de dix jours, au delà du trentième jour, et ce sans autre avis de l'Assureur.

En cas de défaut de paiement des cotisations par l'entreprise mandataire désignée dans les conditions prévues à l'article 4.1, l'Assureur informe le Souscripteur du contrat de la défaillance de paiement des cotisations ou d'une fraction de cotisation dans les 10 jours de l'échéance du paiement.

En tout état de cause, les cotisations impayées restent dues, dans leur intégralité, à l'Assureur qui peut procéder à leur recouvrement par tout moyen à sa convenance.

Le contrat suspendu reprend ses effets pour l'avenir à midi le lendemain du jour où ont été payées les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension des garanties.

Les dépenses engagées pendant la période de suspension des garanties ne pourront donner lieu à remboursement au titre du présent contrat, même après règlement de la cotisation.

Tout paiement de cotisation après la résiliation du contrat, qu'il soit partiel ou total, ne constituera qu'une régularisation du compte entre les parties et ne pourra, sauf demande expresse du Souscripteur acceptée par courrier de l'Assureur, constituer un renouvellement tacite du contrat et par conséquent une remise en vigueur des garanties.

4.3 Montant des cotisations

A la souscription, le montant des cotisations est fixé aux Conditions Particulières, il est déterminé en fonction :

- des garanties souscrites,
- de la zone géographique choisie,
- de la tranche d'âge du Souscripteur et le cas échéant de son conjoint, partenaire lié par un PACS ou concubin, à la date d'effet du contrat, ou à la date d'effet de l'adhésion du bénéficiaire si celle-ci est postérieure à la date d'effet du contrat,
- le cas échéant, des réponses apportées au questionnaire de santé de chaque bénéficiaire, dans les conditions décrites à l'article 3.2 des présentes Conditions Générales.

4.4 Evolution et indexation du montant des cotisations

En cas de modification du niveau de garantie sélectionné à l'adhésion ou en cas de changement de zone géographique suite à une demande du Souscripteur, il sera tenu compte pour le calcul des cotisations, de la tranche d'âge du Souscripteur et le cas échéant, de son conjoint, partenaire lié par un PACS ou concubin, à la date de prise d'effet de ladite modification.

En cours de contrat le montant de la cotisation varie automatiquement au 1^{er} janvier qui suit un changement de tranche d'âge du Souscripteur et de son conjoint, partenaire lié par un PACS ou concubin.

Cette évolution est automatique. Elle s'impose au Souscripteur sans qu'il soit besoin d'établir un avenant au présent contrat.

4.5 Révision des cotisations et/ ou des garanties

4.5.1 Le montant des cotisations est réexaminé par l'Assureur en fin d'année et peut être modifié en fonction des résultats du contrat.

La modification du montant doit être notifiée au Souscripteur au plus tard deux mois avant la date du renouvellement. Il prend effet à la date de renouvellement du contrat.

En cas de désaccord, le Souscripteur doit en aviser l'Assureur au plus tard un mois avant la date du renouvellement, ce refus entraînant la résiliation du contrat le dernier jour de l'année.

A défaut de manifestation dans le délai imparti, le Souscripteur est réputé avoir accepté la modification du montant des cotisations.

4.5.2 Le montant des cotisations et/ ou les garanties peuvent également être **modifié à tout moment** par l'Assureur en fonction de **l'évolution de la réglementation, notamment sociale et fiscale.**

Cette modification doit être notifiée au Souscripteur au plus tard deux mois avant la date souhaitée de prise d'effet.

En cas de désaccord, le Souscripteur doit en aviser l'Assureur au plus tard un mois avant la date souhaitée de prise d'effet, ce refus entraînant la résiliation du contrat le dernier jour du mois qui suit le refus.

A défaut de manifestation dans le délai imparti, le Souscripteur est réputé avoir accepté la modification du montant des cotisations et/ou des garanties.

Article 5 - PRESCRIPTION

Toute action dérivant du contrat est prescrite par deux ans, à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Assureur en a eu connaissance,
- en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignorée jusque-là.

Quand l'action d'un bénéficiaire ou du Souscripteur contre l'Assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le bénéficiaire ou le Souscripteur ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription. Ces dernières sont prévues aux articles 2240 à 2246 du Code civil français, à savoir :

- la demande en justice, même en référé, jusqu'à l'extinction de l'instance. Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure ;
- l'acte d'exécution forcé ;
- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait.

L'interruption de la prescription peut, en outre, résulter de la désignation d'experts à la suite d'un sinistre ou de l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée par l'Assureur au Souscripteur en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par le bénéficiaire à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de la prestation.

Article 6 - SUBROGATION

L'Assureur qui a versé à un bénéficiaire des prestations ayant un caractère indemnitaire, est subrogé, jusqu'à concurrence de cette prestation, dans les droits et actions du bénéficiaire ou de ses ayants droit contre le tiers responsable.

Il est précisé que lorsque du fait de la victime ou de ses ayants droit, l'Assureur n'a pu faire valoir ses droits, celui-ci dispose d'un recours contre la victime ou ses ayants droits.

Par dérogation aux dispositions précédentes, l'Assureur n'a aucun recours contre les enfants, descendants, ascendants, alliés en ligne directe, préposés, employés, ou domestiques, et généralement toute personne vivant habituellement au foyer du bénéficiaire, sauf cas de malveillance commise par une de ces personnes.

Article 7 - RECLAMATION - MEDIATION

Le Souscripteur ou le bénéficiaire qui souhaite formuler une réclamation peut d'abord consulter son interlocuteur habituel.

Si les réponses apportées ne donnent pas satisfaction, l'intéressé peut adresser sa réclamation à :

Humanis Assurances
Service Satisfaction Clients
303 rue Gabriel Debacq
45777 SARAN Cedex FRANCE

Tél (appel non surtaxé) : numéro mentionné sur les correspondances adressées par l'Assureur.

A compter de la réception de la réclamation, l'Assureur apporte une réponse circonstanciée au demandeur dans un délai de 10 jours ouvrés. Dans l'hypothèse où la réponse ne pourrait pas être fournie dans ce délai, l'Assureur lui adresse un courrier précisant le délai sous lequel une réponse circonstanciée pourra lui être apportée, sans pouvoir excéder au total un délai de deux mois.

Si un désaccord persistait après la réponse donnée par l'Assureur et après épuisement des voies de recours internes, le Souscripteur ou le bénéficiaire, ou avec l'accord de ceux-ci, l'Assureur, peuvent saisir le Médiateur de l'Association Française de l'Assurance (AFA), sans préjudice d'une action ultérieure devant le tribunal compétent :

La Médiation de l'Assurance
TSA 50010
75441 PARIS CEDEX 09 France
www.mediation-assurance.org

Article 8 - AUTORITE DE TUTELLE

L'Assureur est contrôlé par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), dont le siège social est situé 61 rue Taitbout - 75436 PARIS, France.

Article 9 – SOUSCRIPTION A DISTANCE – INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

9.1 Coût lié à l'utilisation de la technique de commercialisation à distance

La souscription du contrat par le biais d'une ou plusieurs techniques de communication à distance est soumise aux conditions tarifaires en vigueur applicables à la technique de communication utilisée par le candidat à la souscription, dont le coût est à sa charge.

9.2 Langue utilisée

Les parties conviennent de l'utilisation de la langue française pendant toute la durée du contrat.

9.3 Loi applicable

Les parties déclarent se soumettre à la loi française et renoncer à toute procédure dans tout autre pays que la France.

9.4 Fonds de garantie

Le Souscripteur est informé par la présente disposition de l'existence du fonds de garantie des assurés contre la défaillance de sociétés d'assurance de personnes visé aux articles L.423-1 et suivants du Code des Assurances.

Article 10- DISPOSITIONS DIVERSES

10.1 Loi Informatique et Libertés

Les données relatives au Souscripteur et aux bénéficiaires, constituent des informations à caractère personnel et sont protégées, à ce titre, par les dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relatives à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée par la loi n° 2004-801 du 6 août 2004. Ces données sont destinées aux différents services de l'Assureur ainsi que, le cas échéant, à ses mandataires, ses réassureurs ou aux organismes professionnels concernés par la gestion et l'exécution du contrat.

L'Assureur s'engage à respecter les règles relatives à la protection des données à caractère personnel, auxquelles il a accès pour les besoins de l'exécution du contrat, conformément aux dispositions de la loi précitée.

À cette fin, l'Assureur s'engage à faire la déclaration auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et Libertés (CNIL) des traitements, automatisés ou non, qu'il met en œuvre pour cette exécution.

En application des articles 38, 39 et 40 de la loi susmentionnée, le Souscripteur et les bénéficiaires disposent d'un droit d'accès, de rectification et de suppression, relatif aux données à caractère personnel les concernant, à exercer par courriel à contact-cnil@humanis.com ou par lettre à l'adresse suivante :

Groupe HUMANIS – Cellule CNIL – Satisfaction clients – 303 rue Gabriel Debacq – 45777 Saran Cedex.

Toute demande doit être accompagnée d'une copie d'un titre d'identité en cours de validité.

Le Souscripteur et les bénéficiaires disposent également d'un droit d'opposition, pour des motifs légitimes, au traitement de leurs données à caractère personnel.

Conformément à l'article 34 de la même loi, l'Assureur s'engage à prendre toute précaution utile afin de préserver la sécurité, la confidentialité et l'intégrité des informations collectées et traitées et notamment d'empêcher qu'elles soient déformées, endommagées ou communiquées à des tiers non autorisés.

10.2 Valeur contractuelle

Ont valeur contractuelle et constituent le contrat :

- les présentes Conditions Générales,
- les Conditions Particulières,
- les avenants et lettres avenants.

En cas de contradiction entre les dispositions des Conditions Générales et celles des Conditions Particulières, ce sont celles qui figurent dans les Conditions Particulières qui l'emportent.

Les titres des articles du contrat n'ont qu'une valeur classificatoire.

Le contrat exprime l'intégralité de l'accord conclu entre les parties. Il prévaut sur toutes propositions ou accords antérieurs, ainsi que sur tous documents échangés entre les parties se rapportant à l'objet du contrat.

Dans l'hypothèse où l'une quelconque des dispositions de ce contrat serait considérée comme nulle ou non applicable par une décision de justice ayant autorité de la chose jugée, cette disposition sera dans la limite d'une telle nullité ou inapplicabilité réputée non écrite sans que cela ne remette en cause la validité ou l'applicabilité des autres dispositions du contrat.

TITRE II - GARANTIES FRAIS DE SANTE

Article 11 - OBJET

Les présentes garanties ont pour objet le remboursement ou la prise en charge en complément de la CFE des frais de santé exposés par le Souscripteur ou le cas échéant les bénéficiaires du contrat, **sous réserve des exclusions prévues à l'article 18 des présentes Conditions Générales.**

Seuls donnent lieu à remboursement ou prise en charge, les soins effectués à compter de la date d'effet de l'adhésion du bénéficiaire concerné et pendant la période d'effet des garanties, sous réserve des dispositions prévues à l'article 3.5.2 des présentes Conditions Générales.

Aucune restriction n'est imposée quant au choix d'un médecin, d'un hôpital etc. à condition qu'il s'agisse d'un praticien diplômé et/ou d'un établissement régulièrement autorisé.

Cependant, l'Assureur se réserve le droit de limiter le remboursement des frais de santé et coûts annexes à ce qui prévaut généralement en matière de coût moyen dans le pays où le patient est traité et dans tous les cas à ce qui est raisonnable. De même, la durée d'hospitalisation ne devra pas excéder la durée moyenne habituelle nécessaire en France à un même acte ou un même service.

Le coût "USUEL et RAISONNABLE", défini par l'Assureur est le montant le plus bas entre le coût demandé par le fournisseur et le coût qui prévaut dans la même région pour un service semblable offert par des fournisseurs de niveau professionnel identique.

Le montant des prestations versées par l'Assureur ne peut excéder les frais restant à la charge du bénéficiaire, déduction faite des remboursements effectués par tout organisme de base ou complémentaire.

ARTICLE 12 – DATE D'EFFET DES GARANTIES

12.1 Date d'effet des garanties concernant le Souscripteur

12.1.1 Droits ouverts auprès de la CFE

Si les droits du Souscripteur sont ouverts auprès de la CFE pour la garantie « Maladie-Maternité-Invalidité » ou « Maladie-Maternité », les garanties prennent effet dès la date d'effet de l'adhésion au présent contrat dès lors que :

- le Souscripteur justifie avoir bénéficié immédiatement avant la date d'effet de l'adhésion de garanties frais de santé équivalentes à celles de la formule choisie du présent contrat. Cette condition est soumise à l'étude par l'Assureur des garanties souscrites antérieurement et à la délivrance d'une attestation d'affiliation en cours de validité ou d'un certificat attestant d'une radiation datant de moins de 3 mois.
- les remboursements ou la prise en charge des frais de santé sont la conséquence directe d'un accident dûment prouvé, survenu après la date d'effet de l'adhésion au présent contrat.

Dans tous les autres cas, les garanties prennent effet à compter de la date d'effet de l'adhésion au présent contrat après application d'un délai de carence de :

- **6 mois pour les appareillages ; les soins, prothèses et implants dentaires ; l'orthodontie ; les cures thermales et les frais d'optique.**
- **3 mois pour les autres frais.**

12.1.2 Droits non ouverts auprès de la CFE

Si le Souscripteur se voit appliquer un délai de carence par la CFE pour ouvrir droit à la garantie « Maladie-Maternité-Invalidité » ou « Maladie-Maternité », les garanties prennent effet au 1^{er} euro, pendant ce délai de carence, dès la date d'effet de l'adhésion au présent contrat dès lors que sont remplies les deux conditions cumulatives suivantes :

- la demande d'adhésion au présent contrat est concomitante à la date d'adhésion auprès de la CFE,
- le Souscripteur demande le remboursement ou la prise en charge de frais de santé qui sont la conséquence directe d'un accident dûment prouvé, survenu après la date d'effet de l'adhésion.

Dans tous les autres cas, **les garanties prennent effet dès l'ouverture des droits auprès de la CFE.**

12.2 Date d'effet des garanties concernant les autres bénéficiaires

12.2.1 Droits ouverts à la CFE

Les garanties prennent effet :

- en même temps que celles du Souscripteur lorsque les bénéficiaires figurent sur le bulletin d'adhésion au moment de la souscription du contrat et sous réserve de la présentation des pièces justificatives de la qualité de bénéficiaire,
- dès l'acceptation par l'Assureur de la demande d'adhésion si celle-ci est consécutive à un changement de situation de famille (mariage, conclusion d'un PACS, concubinage, naissance, adoption) sous réserve que la demande soit effectuée dans les 60 jours suivant le mariage, la conclusion d'un PACS ou le concubinage et dans les 6 mois suivant la naissance ou l'adoption,
- dès l'acceptation par l'Assureur de la demande d'adhésion si le bénéficiaire justifie avoir bénéficié immédiatement avant la date d'adhésion de garanties frais de santé équivalentes à celles de la formule choisie du présent contrat. Cette condition est soumise à l'étude par l'Assureur des garanties souscrites antérieurement et à la délivrance d'une attestation d'affiliation en cours de validité ou d'un certificat attestant d'une radiation datant de moins de 3 mois.
- dès l'acceptation par l'Assureur de la demande d'adhésion si le bénéficiaire demande le remboursement ou la prise en charge de frais de santé qui sont la conséquence directe d'un accident dûment prouvé, survenu après la date d'effet de l'adhésion,
- immédiatement pour les enfants inscrits dès leur naissance.

Dans tous les autres cas, les garanties prennent effet à compter de la date d'effet de l'adhésion du bénéficiaire au présent contrat après application d'un délai de carence de :

- **6 mois pour les appareillages ; les soins, prothèses et implants dentaires ; l'orthodontie ; les cures thermales et les frais d'optique.**
- **3 mois pour les autres frais.**

12.2.2 Droits non ouverts à la CFE

Si le bénéficiaire se voit appliquer un délai de carence par la CFE pour ouvrir droit à la garantie « Maladie-Maternité-Invalidité » ou « Maladie-Maternité », les garanties prennent effet dans les conditions énoncées à l'article 12.1.2.

Article 13 - ETENDUE TERRITORIALE

Les garanties produisent leurs effets dans la zone géographique choisie par le Souscripteur et indiquée aux Conditions Particulières.

- Zone A : Monde entier sauf l'Arabie Saoudite, l'Australie, le Bahreïn, la Biélorussie, le Brésil, la Chine, les Emirats-Arabs Unis, l'Espagne, la Grande Bretagne, la Grèce, Hong-Kong, l'Irlande, Israël, l'Italie, le Liban, la Nouvelle Calédonie, la Nouvelle Zélande, le Portugal, le Qatar, la Russie, Singapour, le Canada, les Etats-Unis, le Japon, la Suisse et les Bahamas.
- Zone B : Monde entier sauf le Canada, les Etats-Unis, le Japon, la Suisse et les Bahamas.
- Zone C : Monde entier.

Les garanties produisent également leurs effets en France et dans le pays d'origine du Souscripteur, si ce pays fait partie de la zone géographique choisie, lors de séjours n'excédant pas 90 jours consécutifs et dans la limite de 180 jours par an.

Les frais engagés hors de la zone géographique choisie sont pris en charge s'ils sont exposés :

- lors d'un déplacement professionnel uniquement pour le Souscripteur,
- lors d'autres déplacements d'une durée inférieure à 30 jours en continu pour les seuls frais consécutifs à un accident ou à une maladie inopinée tels que définis à l'article 2 des présentes Conditions Générales pour l'ensemble des bénéficiaires du contrat.

Article 14 - BENEFICIAIRES

Bénéficiaire des présentes garanties, s'ils remplissent les conditions prévues à l'article 3.1 des présentes Conditions Générales :

- le Souscripteur,
- son conjoint, son partenaire lié par un PACS ou son concubin à charge au sens de la CFE ou bénéficiaire à titre personnel de la CFE,
- ses enfants légitimes, reconnus ou adoptifs, ceux de son conjoint, de son partenaire lié par un PACS, ou de son concubin s'ils remplissent l'une des conditions suivantes :
 - Être à charge du Souscripteur au sens de la CFE,
 - Être atteint, quel que soit leur âge, d'une infirmité telle qu'ils ne peuvent se livrer à aucune activité rémunératrice et que l'invalidité ait été reconnue avant leur 21ème anniversaire,
 - Être âgé de moins de 28 ans, être non salarié, non imposable et justifier de la poursuite d'études secondaires ou supérieures à temps plein dans un établissement public ou privé et bénéficiaire à titre personnel de la CFE.

Concernant la dernière condition, les enfants sont considérés comme étant à charge :

- jusqu'à la fin du trimestre civil de la fin des études;
- jusqu'à la fin du trimestre civil au cours duquel ils atteignent leur 28e anniversaire; ou, jusqu'à la fin de l'année scolaire au cours de laquelle ils atteignent leur 28e anniversaire.

Article 15 - CHOIX ET CHANGEMENT DE NIVEAU DE GARANTIES

15.1 Plusieurs niveaux de garanties sont laissés au choix du Souscripteur, lors de l'adhésion au contrat.

Le niveau choisi s'applique obligatoirement à l'ensemble des bénéficiaires définis à l'article 14 des présentes Conditions Générales.

15.2 Le Souscripteur peut, s'il le désire, changer de niveau de garanties en cours d'adhésion uniquement tous les 3 ans, par demande adressée en recommandé, au plus tard le 31 octobre de l'année précédant la prise d'effet du changement.

Le changement prend effet au plus tôt le 1^{er} janvier qui suit.

15.3 Toutefois, en cas de changement de situation de famille (mariage, conclusion d'un PACS, concubinage, naissance, adoption, divorce, dissolution du PACS, séparation, décès du conjoint, du partenaire lié par un PACS, du concubin ou d'un enfant), le Souscripteur peut demander à changer de niveau de garanties sur justificatif. La demande de modification est examinée par l'Assureur pour traitement. En cas d'acceptation de la part de l'Assureur, le changement de niveau de garanties prend effet au jour du changement de la situation de famille dès lors que le Souscripteur a effectué sa demande de changement dans les 3 mois suivant l'évènement y ouvrant droit. A défaut, le changement de niveau de garanties prend effet le 1^{er} jour du mois suivant la demande.

Le changement de niveau de garanties donne lieu à l'établissement d'un avenant aux Conditions Particulières adressé par l'Assureur au Souscripteur.

Par dérogation à ce qui précède, le Souscripteur qui réside ou séjourne aux Etats-Unis d'Amérique ne peut pas changer de niveau de garanties en cours d'adhésion tant qu'il est sur ce territoire.

Article 16 – ACCORD PREALABLE

Plusieurs prestations donnent lieu à accord préalable de prise en charge, il s'agit de :

- ♦ l'hospitalisation médicale, chirurgicale et psychiatrique,
- ♦ les frais d'accouchement,
- ♦ les actes en série dispensés par des auxiliaires médicaux,
- ♦ les appareillages,
- ♦ les prothèses et implants dentaires,
- ♦ l'orthodontie,
- ♦ les cures thermales.

Le bénéficiaire fera parvenir sa demande d'accord préalable à l'adresse suivante :

WELCARE
claimcenter@welcare.fr
BP 30
41914 BLOIS CEDEX 9
France

Il est précisé que si le bénéficiaire adresse sa demande par email, aucune pièce médicale ne doit y être jointe. Si des pièces médicales justificatives sont nécessaires à la bonne appréciation du dossier, un email sera adressé au bénéficiaire, lui transmettant un lien extranet personnalisé et sécurisé, afin qu'il puisse y déposer les pièces concernées.

Dans le cas d'un traitement d'urgence pour lequel il n'a pu être demandé un accord préalable, le bénéficiaire joindra à sa demande de remboursement une prescription médicale détaillée par le prestataire de soins.

Les accords préalables sont établis pour des périodes maximales de six mois. Si le traitement a besoin d'être prolongé, il sera soumis à un nouvel accord préalable dans les mêmes conditions que pour la première demande.

Les soins engagés relevant d'un accord préalable ne seront plus pris en charge à compter de la date de cessation des garanties.

Les soins pour lesquels la demande d'accord préalable nécessaire n'a pas été effectuée ou a été refusée, restent à la charge exclusive du bénéficiaire.

Article 17 - GARANTIES COUVERTES

Les garanties et le niveau des prestations choisis par le Souscripteur sont indiqués au tableau des garanties des Conditions Particulières du contrat.

Sous réserve des exclusions prévues à l'article 18 des Conditions Générales, sont pris en charge au titre du présent contrat d'assurance, selon les garanties et le niveau des prestations choisis par le Souscripteur indiqués aux Conditions Particulières, les prestations, services et fournitures qui sont médicalement indispensables :

- au diagnostic et au traitement d'une pathologie médicale ou chirurgicale,
- au diagnostic et au suivi obstétrical,
- à la prévention, correction et rétablissement de l'état de santé.

Peuvent donner lieu à un remboursement ou une prise en charge, selon les modalités prévues aux Conditions Particulières du contrat, les frais suivants :

Hospitalisation médicale, chirurgicale et psychiatrique

Lorsqu'un bénéficiaire est hospitalisé, **en dehors de toutes consultations externes et/ou traitements médicaux ambulatoires**, le contrat garantit une prise en charge :

- ⇒ soit directe de l'Assureur,
- ⇒ soit par remboursement du bénéficiaire si ce dernier était dans l'impossibilité d'effectuer la demande de prise en charge, si cette demande a fait l'objet d'un refus de la part de l'établissement hospitalier ou si le bénéficiaire n'a pas demandé, de son plein gré, une prise en charge directe de l'Assureur.

Les dépenses couvertes dans le cadre d'une hospitalisation peuvent comprendre :

- les honoraires médicaux, chirurgicaux, paramédicaux et actes de laboratoires,
- les frais de séjour (frais de structure et de soins) et fournitures diverses (produits de la Liste des Produits et Prestations remboursables prévue à l'article L165-1 du Code de la Sécurité Sociale français et spécialités pharmaceutiques),
- l'hospitalisation à domicile,
- le forfait journalier hospitalier en France,
- la chambre particulière,
- le forfait accompagnant d'un enfant de moins de 12 ans.

Pour être prises en charge au titre du présent contrat, les hospitalisations en France doivent être réalisées dans des établissements conventionnés avec la Sécurité Sociale française.

Pour toute hospitalisation, la prise en charge commence au 1^{er} jour d'hospitalisation et cesse, au plus tard au 180^{ème} jour suivant.

L'Assureur prend en charge les séjours en psychiatrie dès le 1^{er} jour d'hospitalisation dans la limite de 30 jours par an.

Frais de transport

Les dépenses couvertes comprennent les frais de transport d'urgence en ambulance ou en véhicule sanitaire jusqu'à l'établissement de santé approprié.

Pratiques médicales courantes

Les dépenses couvertes peuvent comprendre :

- les consultations médicales et les visites de praticien,
- les médicaments, vaccins ou remèdes prescrits médicalement,
- l'imagerie médicale, les analyses médicales,
- les actes de spécialité : actes techniques médicaux, actes de chirurgie et actes d'anesthésie,
- les fécondations in vitro dans la limite de 4 tentatives pour toute la durée du contrat,

Pendant les douze premiers mois de l'adhésion du bénéficiaire de la prestation, les fécondations in vitro ne sont pas prises en charge au titre du présent contrat.

- les actes en série prescrits médicalement, dispensés par des auxiliaires médicaux,

Frais dentaires

Les dépenses couvertes peuvent comprendre :

- les soins dentaires,
- les prothèses dentaires (couronnes, inlays, bridge et appareils amovibles) et les implants dentaires,
- l'orthodontie (traitement entrepris avant le 16^{ème} anniversaire de l'enfant).

Appareillage

Les dépenses couvertes peuvent comprendre les prothèses orthopédiques, médicales et auditives.

Optique

Les dépenses couvertes peuvent comprendre :

- les verres et montures,

Le remboursement de l'Assureur est limité à un équipement (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans par bénéficiaire sauf en cas d'évolution de la dioptrie.

Le calcul de la période de deux ans est apprécié par année civile.

- les lentilles (y compris jetables).

Maternité

Les dépenses couvertes au titre de ce poste sont les frais d'accouchement, ce qui comprend :

- les honoraires médicaux, chirurgicaux, paramédicaux et actes de laboratoires,
- les frais de séjour (frais de structure et de soins) et fournitures diverses (produits de la Liste des Produits et Prestations remboursables prévue à l'article L165-1 du Code de la Sécurité Sociale français et spécialités pharmaceutiques),
- la chambre particulière.

Les hospitalisations liées à la maternité mais non liées à l'accouchement sont prises en charge au titre du poste « Hospitalisation médicale, chirurgicale et psychiatrique ».

Les autres frais liés au risque Maternité tels que soins pré et post natals, échographies, analyses diverses et kinésithérapie après accouchement sont remboursés au titre des différents postes de garanties énumérés ci-dessus.

Cette garantie s'applique uniquement au Souscripteur ou à la conjointe, partenaire liée par un PACS ou concubine du Souscripteur.

Conformément aux dispositions des articles 1964 du Code civil et L121-15 du Code des Assurances, seules seront prises en charge au titre du présent contrat les grossesses dont la date d'estimation du début de grossesse est située postérieurement à la date de prise d'effet de l'adhésion de la bénéficiaire de la prestation.

Médecine alternative

Les dépenses couvertes peuvent comprendre : les actes effectués par les homéopathes, les ostéopathes, les chiropracteurs, les acupuncteurs, les podologues et les diététiciens.

Cures thermales

Les dépenses couvertes peuvent comprendre les frais de transport et d'hébergement liés à une cure thermale prise en charge par la CFE.

Article 18 - EXCLUSIONS

Ne sont pas pris en charge au titre du présent contrat :

- **Les frais qui ne sont pas pris en charge par la CFE y compris les franchises médicales, à l'exclusion de tous les frais expressément garantis au titre du présent contrat selon le niveau de garanties choisi (chambre particulière; forfait journalier hospitalier en France; forfait accompagnant d'un enfant de moins de 12 ans ; implants dentaires ; lentilles ; médecine alternative).**
- **Les frais relatifs à des actes pour lesquels la demande d'accord préalable nécessaire n'a pas été effectuée ou a été refusée.**
- **Les actes effectués par tout praticien non diplômé et/ou au sein d'un établissement non régulièrement autorisé.**
- **Les conséquences directes ou indirectes des faits intentionnels du bénéficiaire :**
 - **suicide, tentative de suicide, automutilation,**
 - **participation à une guerre, un acte de terrorisme, une agitation civile ou à tout autre acte illégal passible d'emprisonnement, des rassemblements, des manifestations sur la voie publique, des mouvements populaires, des rixes, des jeux et des paris.**
- **les sinistres consécutifs à un état d'imprégnation alcoolique, s'il est révélé qu'au moment de l'accident, le bénéficiaire avait une concentration d'alcool dans le sang égale ou supérieure au taux d'alcoolémie défini dans le Code de la route français pour la conduite d'un véhicule.**
- **les sinistres qui résultent de l'usage de stupéfiants, de tranquillisants ou de produits toxiques non prescrits médicalement.**
- **Les conséquences de tous les sports pratiqués à titre professionnel.**
- **Les conséquences des sports ou activités de loisirs suivants : le saut à ski, l'alpinisme, le ski nautique, la plongée ou la pêche sous-marine au-delà de 20 mètres, la chasse, les sports de combat ou arts martiaux non pratiqués dans un club, le canyoning et le rafting.**
- **Les conséquences des risques aériens se rapportant à :**
 - **des compétitions organisées dans un cadre officiel ou privé, démonstrations, acrobaties, tentatives de records, raids,**
 - **des vols d'essai, vols sur prototype,**
 - **des vols effectués avec un deltaplane ou un engin Ultra Léger Motorisé (ULM),**
 - **des sauts effectués avec un élastique, un parachute ou un parapente,**
 - **des vols ou sauts effectués avec tout autre matériel si le matériel ou le vol ou le saut ne sont pas homologués,**
 - **des vols sur appareils non munis d'un certificat de navigabilité ou pour lesquels le pilote ne possède pas un brevet ou une licence valides.**
- **Les conséquences de risques provenant de l'usage de véhicules à moteur, encourus à l'occasion de compétitions organisées dans un cadre officiel ou privé, de courses de vitesse, démonstrations ou acrobaties.**

- Les frais de traitement esthétique ou de chirurgie réparatrice non consécutifs à un accident ou une pathologie survenus pendant la période d'assurance du présent contrat, les cures de rajeunissement, d'amaigrissement, d'engraissement.
- les cures de désintoxication de quelque nature qu'elles soient.
- Les frais liés aux traitements pour stérilisation et réversibilité de stérilisation, changement de sexe ou implantation, transformations, dysfonctions ou anomalies sexuelles.
- Les frais relatifs à la gestation pour autrui, que le bénéficiaire soit la mère porteuse ou le parent d'accueil.
- Toute complication découlant ou survenue pendant et après le traitement médical ou chirurgical d'une maladie ou de faits exclus du contrat.
- Tous les frais engagés lors de voyages à l'étranger effectués dans un but de diagnostic/traitement.
- Les séjours en maison de repos ou en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, les séjours de convalescence en établissement de soins de suite et de réadaptation.
- Les cures de thalassothérapie ou de diététique.
- Les séjours en établissement de post-cure, de rééducation professionnelle, d'éducation professionnelle, en section d'éducation et d'enseignement spécialisée, en maison d'enfants à caractère sanitaire.
- Les fécondations in vitro pendant la première année suivant la prise d'effet de l'adhésion du bénéficiaire de la prestation,
- Les fécondations in vitro au-delà de la quatrième tentative.
- Les frais afférents aux bilans de santé.
- Les traitements d'aide à l'arrêt du tabac.
- Les frais liés à une hospitalisation en France réalisée dans un établissement non conventionné avec la Sécurité Sociale française.
- Les frais liés à une hospitalisation psychiatrique au-delà de 30 jours par an.
- Les frais liés à une hospitalisation médicale ou chirurgicale au-delà de 180 jours continus.
- Les frais liés une grossesse dont la date d'estimation de début de grossesse est antérieure à la date de prise d'effet de l'adhésion de la bénéficiaire de la prestation,
- Les frais liés à des consultations externes en psychiatrie, psychologie, psychothérapie et psychanalyse et plus généralement aux maladies mentales et nerveuses.

A ces exclusions, s'ajoutent pour le niveau de garanties SANTE 1, les exclusions suivantes : les frais d'accompagnement d'un enfant de moins de 12 ans, les frais de pratiques médicales courantes, les frais de cure thermale, les frais d'optique, les frais d'appareillage, les frais dentaires, les frais afférents à la maternité et la médecine alternative.

A ces exclusions, s'ajoutent pour le niveau de garanties SANTE 2, les exclusions suivantes : les frais d'accompagnement d'un enfant de moins de 12 ans, les frais de fécondation in vitro, les frais de cure thermale, les frais d'orthodontie et la médecine alternative.

A ces exclusions, s'ajoutent pour le niveau de garanties SANTE 3, les exclusions suivantes : les frais de cure thermale, les frais d'orthodontie et la médecine alternative.

Le fait que l'Assureur ait payé des prestations correspondant à la réalisation d'un risque exclu, même à plusieurs reprises, ne saurait impliquer, de sa part, une renonciation tacite au droit de se prévaloir de ces exclusions.

Article 19 – GESTION DES SINISTRES

19.1 Procédure de Tiers Payant hospitalier

19.1.1 En cas d'hospitalisation à l'étranger :

- **dans le cadre d'une hospitalisation d'urgence** le bénéficiaire ou l'établissement hospitalier devra contacter au plus vite AXA Assistance aux coordonnées figurant sur la carte remise au Souscripteur lors de son adhésion. La prise en charge directe des frais sera effectuée dans les conditions de l'article 3.11 de l'Annexe jointe aux présentes Conditions Générales.

- **dans le cadre d'une d'hospitalisation programmée et sous réserve du respect des dispositions relatives à la demande d'accord préalable**, le bénéficiaire ou l'établissement hospitalier devra contacter au plus vite WELCARE pour permettre la réalisation de la prise en charge directe des frais auprès de l'établissement hospitalier et indiquer les informations suivantes :

- Les coordonnées exactes de l'établissement hospitalier,
- Le service d'admission,
- La date d'admission ainsi que la durée prévue du séjour.

Toutefois, malgré toutes les dispositions mises en œuvre, il est possible, dans certains pays, qu'un hôpital refuse la prise en charge directe. Dans ce cas le bénéficiaire devra régler la facture et la transmettre à WELCARE pour remboursement.

Si l'hospitalisation est effectuée dans un établissement non conventionné avec la CFE, l'Assureur effectuera, dans le cadre des accords de guichet unique conclus avec cette dernière, une seule prise en charge auprès de l'établissement, intégrant la part CFE.

Si les soins réalisés ne sont pas entièrement pris en charge par l'Assureur et la CFE ou s'ils ne donnent pas lieu à remboursement au titre du présent contrat, la facture correspondant au reste à charge est directement adressée au bénéficiaire par l'établissement hospitalier.

19.1.2 En cas d'hospitalisation en France et sous réserve du respect des dispositions relatives à la demande d'accord préalable, le bénéficiaire ou l'établissement hospitalier devra contacter au plus vite WELCARE pour permettre la réalisation de la prise en charge directe des frais auprès de l'établissement hospitalier et indiquer les informations suivantes :

- Les coordonnées exactes de l'établissement hospitalier,
- Le service d'admission,
- La date d'admission ainsi que la durée prévue du séjour.

Il n'existe pas d'accord de guichet unique concernant la prise en charge des frais liés à une hospitalisation en France. Aussi, Le bénéficiaire devra présenter sa carte d'assuré social CFE à l'établissement hospitalier afin que celui-ci puisse également effectuer la demande de prise en charge des frais auprès de la CFE.

19.1.3 Dans tous les cas, le bénéficiaire devra fournir à WELCARE un devis détaillé indiquant s'il y a lieu le montant des dépassements d'honoraires.

WELCARE prendra, alors, toutes les dispositions nécessaires pour garantir auprès de l'hôpital le paiement direct des frais engagés, dans les limites prévues au présent contrat.

Les consultations externes et/ou traitements médicaux ambulatoires ne font pas l'objet d'une prise en charge directe.

19.2 Remboursement des frais de santé

19.2.1 Pour les soins réalisés à l'étranger :

Le bénéficiaire doit adresser les pièces suivantes à WELCARE :

- les factures originales, détaillées, indiquant la nature des actes effectués ainsi que leurs coûts et la monnaie de règlement, accompagnées d'un acquit de paiement, ou les feuilles de soins de la CFE accompagnées des factures originales détaillées et acquittées,
- les ordonnances justifiant la prescription médicale,
- les justificatifs prouvant l'accident le cas échéant ou la maladie inopinée et le lien de cause à effet entre l'accident ou la maladie inopinée et les frais engagés.

Dans le cadre des accords de guichet unique conclus avec la CFE, WELCARE effectuera un seul règlement intégrant la part remboursée par la CFE. **Si le Souscripteur n'est pas à jour de ses cotisations auprès de la CFE aucun règlement ne sera effectué.**

19.2.2 Pour les soins réalisés en France :

- les feuilles de soins CERFA remises par les professionnels de santé,
- les factures originales détaillées et acquittées, accompagnées des ordonnances justifiant la prescription médicale,
- les justificatifs prouvant l'accident le cas échéant ou la maladie inopinée et le lien de cause à effet entre l'accident ou la maladie inopinée et les frais engagés.

19.2.3 Pour la garantie Maternité :

- Une déclaration établie par le praticien en charge du suivi de la grossesse de l'Assurée ou de la bénéficiaire indiquant la date estimative de conception ou la date prévue de l'accouchement.

19.2.4 Le bénéficiaire devra également répondre à toute demande concernant l'accident ou la maladie et, notamment, préciser sa nature, la date de la première constatation médicale, etc afin de s'assurer que les soins sont couverts au titre du présent contrat.

WELCARE se réserve le droit de contester le bien-fondé de certaines demandes de remboursement et/ou de réclamer au bénéficiaire les justificatifs nécessaires à l'exacte appréciation des garanties. WELCARE peut également demander tout renseignement ou pièce permettant d'établir la réalité du paiement des dépenses engagées (notamment documents comptables et bancaires). Le bénéficiaire s'engage à faire son maximum pour les lui transmettre. Ces pièces peuvent être demandées avant ou après le paiement des prestations, **y compris après résiliation du contrat.**

WELCARE se réserve le droit de demander tous les justificatifs établissant la qualité et/ou le statut du professionnel de santé dont les actes ou soins sont à l'origine de la demande de prestations (inscription sur des registres nationaux, N° d'inscription Adeli etc).

Les frais liés à l'obtention des pièces justificatives nécessaires au versement des prestations sont à la charge du bénéficiaire de la prestation.

En cas de déclaration frauduleuse, l'Assureur n'est redevable d'aucune prestation, même pour la part correspondant le cas échéant à des soins réels.

Il appartient aux bénéficiaires d'informer l'Assureur de toute modification de ses coordonnées bancaires.

Le montant des prestations lié aux garanties du présent contrat est versé au plus tard sous quinze jours suivant la réception de l'ensemble des pièces justificatives nécessaires énumérées ci-avant.

Le paiement des prestations est effectué par virement sur le compte du Souscripteur, sauf avis contraire de ce dernier, dans la devise de son choix et sur la base du taux de change en vigueur à la date des soins.

En cas de versement indu de prestations (doublons, erreur de destinataire...) WELCARE en demandera le remboursement. Il pourra également, sans que le Souscripteur puisse s'y opposer, procéder par retenue sur les prestations à venir.

19.3 Coordonnées de WELCARE

Pour toute demande concernant la gestion des frais de santé les bénéficiaires devront contacter WELCARE aux coordonnées suivantes :

WELCARE
Claim Center
BP 30
41914 BLOIS CEDEX 9
France

Téléphone +33.2.54.45.56.64 – Télécopie +33.2.54.45.56.80
gestion@welcare.fr

Article 20 – CONTROLE MEDICAL

Le service médical de l'Assureur peut faire procéder par un médecin, un chirurgien-dentiste ou tout autre professionnel de santé désigné par lui, au contrôle médical du bénéficiaire qui formule des demandes ou bénéficie de prestations au titre des garanties prévues au contrat, lorsque ces prestations sont liées à l'état de santé.

La charge des honoraires des professionnels de santé missionnés par le service médical de l'Assureur est supportée par l'Assureur ou, en cas de fraude avérée, par le bénéficiaire.

Si le bénéficiaire se refuse à un contrôle médical ou si, n'ayant pas notifié à l'Assureur son changement d'adresse, il ne peut être joint, les garanties et les prestations sont suspendues à son égard, après envoi d'une mise en demeure envoyée à la dernière adresse connue figurant au dossier du bénéficiaire.

Si le résultat de l'examen médical effectué est contesté par le médecin du bénéficiaire, il est fait appel à un troisième praticien pour les départager. A défaut d'entente sur la désignation de ce dernier, le choix sera fait à la diligence de l'Assureur par le Président du Tribunal de Grande Instance statuant par ordonnance de référé, dans le ressort duquel se situe le siège social de l'Assureur.

Chaque partie supporte les honoraires de son médecin. Ceux du tiers arbitre ainsi que les frais que comporte l'exercice de sa mission sont supportés par les deux parties à parts égales.

Si les conclusions du contrôle médical conduisent à une remise en cause de l'attribution des prestations, leur versement cessera dès notification à l'intéressé par lettre recommandée avec avis de réception. Les sommes indûment versées au bénéficiaire devront être restituées à l'Assureur.

Garanties annexes

CONDITIONS GENERALES DES GARANTIES D'ASSISTANCE – ASSURANCE BAGAGES ET ASSURANCE DE RESPONSABILITE CIVILE A L'ETRANGER

N°0803228

ANNEXE AU CONTRAT FRAIS DE SANTE PACK EXPAT CFE SALARIE – NON SALARIE HA164001S ASSURE PAR HUMANIS ASSURANCES

A QUOI CORRESPOND VOTRE CONTRAT D'ASSISTANCE, D'ASSURANCE BAGAGES ET D'ASSURANCE DE RESPONSABILITE CIVILE A L'ETRANGER N°0803228 ?

Ce Contrat est un Contrat d'assurance régie par le Code des assurances français.

QUI SONT LES ACTEURS/INTERVENANTS DE VOTRE CONTRAT ?

Ce Contrat est **assuré** par **INTER PARTNER Assistance**, société anonyme de droit belge au capital de 31 702 613 euros, entreprise d'assurance non-vie agréée par la Banque Nationale de Belgique (0487), immatriculée au Registre des Personnes Morales de Bruxelles sous le numéro 415 591 055, dont le siège social est situé 166 Avenue Louise – 1050 Ixelles – Bruxelles Capitale – Belgique, **prise au travers de sa succursale française** immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Nanterre sous le numéro 316 139 500 et située 6, rue André Gide 92320 Châtillon. INTER PARTNER Assistance intervient, dans le cadre de ce contrat, sous la marque **AXA Assistance**.

Conformément aux articles L 321-1 et R 322-2 du Code des assurances, Humanis Assurances, société anonyme régie par le Code des assurances au capital de 13 565 655 euros, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Paris sous le numéro 447 883 661 et dont le siège social est situé 29, boulevard Edgar Quinet – 75014 Paris – France, a conclu un accord avec AXA Assistance, permettant de présenter ce contrat à la souscription, en sus des garanties frais de santé qu'elle assure, aux bénéficiaires d'un contrat PACK EXPAT CFE Salarié-Non salarié HA164001S.

La gestion du contrat est assurée par Humanis Assurances via son service spécialisé dans la protection sociale des personnes en mobilité internationale, dénommé WELCARE.

AXA Assistance est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution sise 61, rue Taitbout - 75436 Paris cedex 09.

DE QUOI EST COMPOSE VOTRE CONTRAT ?

Votre Contrat est composé des :

- présentes Conditions Générales, annexe au contrat PACK EXPAT CFE Salarié-Non salarié HA 164001S souscrit auprès d'Humanis Assurances qui détaillent les garanties, leurs conditions de mise en œuvre et leurs limites, ainsi que le fonctionnement du Contrat.
- et des Conditions Particulières du contrat PACK EXPAT CFE Salarié-Non salarié HA 164001S souscrit auprès d'Humanis Assurances, qui personnalisent le Contrat avec les informations personnelles que vous avez communiquées au moment de la souscription et des éventuelles modifications apportées en cours de contrat.

QUEL EST L'OBJET DE VOTRE CONTRAT ?

Le Contrat a pour objet, notamment, de vous apporter une aide immédiate lorsque vous vous trouvez en difficulté à la suite d'une Maladie ou d'un Accident survenu au cours d'un Déplacement dans l'un des Pays de la Territorialité.

QUI DEVEZ-VOUS CONTACTER EN CAS DE SINISTRES ?

Pour bénéficier des garanties de votre Contrat, vous **devez contacter immédiatement AXA Assistance sur l'un des numéros déterminés en fonction de votre zone de Déplacement :**

- Pour la zone Amérique : + 1 312 935 92 64
- Pour la zone Asie : + 65 632 22 619
- Pour le reste du monde : + 33 1 55 92 21 61

disponibles 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, avant de prendre l'initiative d'avancer des frais.

L'organisation de moyens sans l'accord préalable d'AXA Assistance ne peut donner lieu à aucun remboursement.

Article 1. DEFINITIONS

Pour une meilleure compréhension, les mots ou expressions commençant par une majuscule, au sein de cette annexe, ont la signification qui suit:

- « **Assurés[s]** » : désigne le Souscripteur ainsi que tout bénéficiaire d'un contrat PACK EXPAT CFE Salarié-Non salarié HA 164001S qui effectue un Déplacement professionnel, nommément dénommé sur les Conditions Particulières comme assuré par le Contrat en cas d'Événements générateurs et à ce titre bénéficiaire des garanties du Contrat.

La définition d'Assuré est étendue le cas échéant aux membres de sa famille assurés au titre du contrat PACK EXPAT CFE Salarié-Non salarié HA164001S, tels que définis à l'article 14 des Conditions Générales CG/HA/PACK EXPAT CFE S-NS/FS/03.16 , moyennant paiement des cotisations afférentes.

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

Par Accident corporel, on entend toute atteinte corporelle provenant de l'action soudaine et violente d'une cause extérieure, imprévisible et indépendante de la volonté de l'Assuré.

Par Maladie, on entend toute altération soudaine et imprévisible de la santé de l'Assuré constatée par une Autorité médicale.

- « **Autorité médicale** » : désigne toute personne titulaire d'un diplôme de médecine ou de chirurgie en état de validité dans le pays où l'Assuré se trouve.
- « **Contrat** » : désigne le présent contrat d'assurance et d'assistance composé des Conditions générales et des Conditions Particulières telles que définies en préambule.
- « **Déplacement** » : séjour d'une durée minimale de trois (3) mois effectué par l'Assuré. Sont également couverts les déplacements effectués à titre privé par l'Assuré pendant la durée de son expatriation.
- « **Domicile** » : lieu de résidence principale et habituelle de l'Assuré avant son expatriation. Il peut être situé dans le monde entier.
- « **Dommages graves** » : dommages matériels survenus au Domicile, aux locaux professionnels ou à l'exploitation agricole, consécutifs à un sinistre y compris en cas de catastrophe naturelle au sens de la loi n°86-600 du 13 juillet 1986 relative à l'indemnisation des victimes de catastrophes naturelles.
- « **Equipe médicale** » : structure d'assistance médicale qu'AXA Assistance met à disposition et adapte à chaque cas particulier.
- « **Etranger** » : tout pays en dehors du Pays de Domicile de l'Assuré.
- « **Évènements garantis** » : désigne les évènements fortuits couverts par le présent Contrat et listés au titre des garanties.
- « **Force Majeure** » : événement imprévisible et irrésistible qui est d'origine extérieure au débiteur de l'obligation.
- « **Frais de séjour** » : frais d'hôtels (petit-déjeuner inclus) et de taxi nécessaires à la mise en œuvre des prestations qu'AXA Assistance organise et prend en charge au titre du présent contrat. Toute solution de

logement provisoire qu'AXA Assistance n'aurait pas organisée ne peut donner lieu à un quelconque dédommagement.

- « **France** » : désigne la France métropolitaine, les Départements et les Territoires d'Outre mer ainsi que les Principautés d'Andorre et de Monaco.
- « **Franchise** » : part des dommages qui restent à la charge de l'Assuré.
- « **Hospitalisation** » : séjour imprévu, d'une durée supérieure à 24 heures, dans un établissement de soins public ou privé, prescrit médicalement, pour un traitement médical ou chirurgical à la suite d'une Atteinte corporelle. **Le séjour est considéré comme imprévu lorsqu'il n'a pas été programmé plus de cinq (5) jours avant le début de l'Hospitalisation.**
- « **Information Confidentielle** » : sauf dispositions expresses contraires dans le Contrat, toute information ou donnée de nature financière, technique ou commerciale, soit identifiée comme étant confidentielle, soit à caractère manifestement sensible, soit dont la connaissance peut conférer un avantage à l'autre Partie, divulguée par une des Parties à l'autre, à l'occasion de l'exécution du Contrat, ou encore toute information concernant les Assurés. Ne sont pas considérées comme confidentielles les informations pour lesquelles la Partie destinataire peut apporter la preuve qu'elles étaient dans le domaine public préalablement à leur divulgation ou après celle-ci mais dans ce cas en l'absence de toute faute qui lui soit imputable ; ou qu'elles sont déjà connues ou en possession de celle-ci, cette connaissance préalable pouvant être démontrée par l'existence de documents appropriés dans ses dossiers ; ou qu'elles ont été reçues d'un tiers de manière licite, sans restriction ni violation du Contrat ; ou qu'elles ont été publiées par un tiers sans contrevenir aux dispositions du Contrat ; ou qu'elles sont le résultat de développements internes entrepris de bonne foi par des membres de son personnel n'ayant pas eu accès à ces Informations Confidentielles ; ou que la divulgation a été autorisée par écrit par l'autre Partie.
- « **Maladie chronique** » : affection dont l'évolution est en cours, nécessitant un suivi et/ou un traitement régulier.
- « **Membre de la famille** » : désigne les ascendants, descendants au premier degré, conjoint de droit ou de fait ou toute personne liée à l'Assuré par un Pacs, frères, sœurs, beaux-parents, beaux-frères, belles-sœurs de l'Assuré domiciliés dans le même pays de Domicile que l'Assuré.
- « **Pays d'expatriation** » : Pays dans lequel l'Assuré effectue son Déplacement. Il **peut être** situé dans le monde entier.
- « **Pays de Domicile** » : Pays dans lequel l'Assuré à son lieu de résidence principale et habituelle avant son départ dans son Pays d'expatriation. Il **peut être** situé dans le monde entier.
- « **Proche** » : désigne toute personne physique nommément désignée par l'Assuré ou l'un de ses ayants droit et domiciliée en France.
- « **Souscripteur** » : désigne la personne physique, titulaire d'un contrat santé souscrit auprès d'Humanis Assurances et nommément désignée comme telle sur les Conditions Particulières. Le Souscripteur s'engage à payer les primes afférentes au présent Contrat.
- « **Structure médicale** » : structure publique ou privée adaptée à chaque cas particulier et définie par l'Equipe médicale d'AXA Assistance.
- « **Territorialité** » : Les garanties s'exercent dans le monde entier, sauf stipulation contractuelle contraire.
- « **Titre de transport** » : dans le cadre des transports publics de voyageurs, il désigne le document qui permet à l'Assuré de justifier du paiement du transport.

Article 2. INFORMATIONS ET CONSEILS

2.1 Informations et conseils médicaux

AXA Assistance communique à l'Assuré des informations et conseils médicaux, 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24, dans les domaines suivants :

- Maternité : examens à effectuer, allaitement, maladie du nourrisson, prestations familiales, congé maternité, modes de garde, sevrage, etc. ;
- Médicaments : génériques, effets secondaires, contre-indications, interactions avec d'autres médicaments, précautions à prendre en cas de grossesse ou d'allaitement, automédication, traitements de la stérilité, etc. ;

- Pathologies et prises en charge : douleur, traitement et conséquences médicales, évolution de la maladie, risque de transmission, etc. ;
- Examens médicaux : IRM, radiologie, biologie, scanners, échographies, scintigraphies, etc. ;
- Voyages : hygiène, équivalence en médicaments, vaccins, bonnes pratiques, etc. ;
- Vaccinations : obligatoires, recommandées, calendrier, contre-indications ;
- Médecines douces : acupuncture, ostéopathie, thermalisme, médecines parallèles.

L'intervention d'AXA Assistance se limite à donner des informations objectives. L'objet du service n'est en aucun cas de délivrer une consultation médicale personnalisée par téléphone ou de favoriser l'automédication. Si telle était la demande, AXA Assistance conseille à l'Assuré de consulter son médecin traitant.

2.2 Aide et formalité « obsèques »

En cas de décès d'un Assuré, AXA Assistance met à disposition du conjoint du défunt un service d'information téléphonique accessible de 8h00 à 20h30, 7 jours sur 7, sur les démarches administratives à suivre et peut le mettre en relation avec un conseiller spécialisé.

Article 3. GARANTIES D'ASSISTANCE MEDICAL

Les garanties d'assistance médicale 3.1 à 3.15 sont acquises à l'Assuré à la suite d'une Atteinte corporelle ou du décès d'un ou plusieurs Assurés survenu au cours d'un Déplacement dans les conditions et limites ci-après.

3.1 Rapatriement médical

L'Equipe médicale d'AXA Assistance contacte les médecins traitants sur place et prend les décisions les plus adaptées à l'état de santé de l'Assuré en fonction des informations recueillies et des seules exigences médicales.

Si l'Equipe médicale d'AXA Assistance recommande le rapatriement de l'Assuré vers une Structure Médicale, dans son Pays de Domicile ou son Pays d'expatriation, AXA Assistance organise et prend en charge sa réalisation.

Si l'Assuré est hospitalisé dans une Structure médicale hors du secteur hospitalier de son Pays de Domicile ou de son Pays d'expatriation, AXA Assistance organise et prend en charge le transfert de l'Assuré dans son Pays de Domicile ou dans son Pays d'expatriation.

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

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

3.2 Envoi d'un médecin auprès d'un Assuré à l'Etranger

Si les circonstances l'exigent, l'Equipe médicale d'AXA Assistance peut décider d'envoyer un médecin auprès de l'Assuré afin de mieux juger des mesures à prendre en vue de son rapatriement.

3.3 Retour après consolidation

Lorsque la consolidation de l'état de santé de l'Assuré est constatée par l'Equipe médicale d'AXA Assistance, AXA Assistance organise et prend en charge les frais de transports supplémentaires nécessaires à son retour dans son Pays d'expatriation.

3.4 Visite d'un proche

Si l'Assuré est hospitalisé plus de dix (10) jours consécutifs (hospitalisation sans franchise en jours d'hospitalisation s'il s'agit d'un enfant mineur ou si le pronostic vital est engagé), AXA Assistance organise et prend en charge le transport aller/retour et les frais de séjour sur place d'un Membre de sa famille ou d'un Proche (2 titres de transport s'il s'agit d'un enfant mineur) afin qu'ils se rendent auprès de lui.

La prise en charge d'AXA Assistance s'effectue jusqu'à la date du rapatriement sans pouvoir excéder sept (7) nuits consécutives à concurrence de 125 € TTC par nuit et par Assuré.

3.5 Rapatriement en cas de décès

AXA Assistance organise et prend en charge le rapatriement du corps de l'Assuré ou de ses cendres de son lieu de décès jusqu'au lieu d'inhumation dans son Pays de Domicile ou son Pays d'origine.

AXA Assistance prend en charge les frais de traitement post mortem, de mise en bière et d'aménagement nécessaires au transport.

Les frais de cercueil liés au transport sont pris en charge à concurrence de 2 300 €.

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

Le choix des sociétés intervenant dans le processus de rapatriement est exclusivement du ressort d'AXA Assistance.

3.6 Présence d'un proche en cas de décès

Si l'Assuré était seul sur place et que la présence d'un Membre de la famille ou d'un Proche s'avère nécessaire pour effectuer la reconnaissance du corps et les formalités de rapatriement ou d'incinération, AXA Assistance organise et prend en charge son transport aller/retour ainsi que ses Frais de séjour sur place pour une durée de sept (7) nuits consécutives à concurrence de 125 € TTC par nuit et par Assuré.

3.7 Retour des Assurés

Dans le cadre du rapatriement médical de l'Assuré ou du rapatriement de son corps, AXA Assistance organise et prend en charge le retour dans leurs Pays de Domicile des autres Assurés.

3.8 Retour des Assurés de moins de 16 ans

Si, en cas d'Atteinte corporelle grave ou de décès de l'Assuré, les enfants de l'Assuré âgés de moins de 16 ans se retrouvent seuls sur place, sans Membre de la famille majeur, AXA Assistance organise et prend en charge leur retour dans leur Pays de Domicile.

L'accompagnement des enfants peut se faire soit par un Membre de la famille ou un Proche dûment désigné ou par du personnel qualifié. AXA Assistance prend en charge le transport aller/retour de cet accompagnateur, ses honoraires le cas échéant, ainsi que ses Frais de séjour dans la limite de deux (2) nuits maximum à concurrence de 125 € TTC par nuit.

3.9 Retour anticipé

Si la présence de l'Assuré est requise à la suite :

- du décès ou de l'Hospitalisation de plus de cinq (5) jours dans son Pays de Domicile ou son Pays d'expatriation d'un Membre de sa famille (Hospitalisation sans franchise si le pronostic vital est engagé ou si elle concerne un enfant mineur),
- des dommages graves survenus à sa résidence principale, exploitation agricole ou des locaux professionnels qui nécessitent sa présence sur place afin d'accomplir les mesures conservatoires nécessaires.

AXA Assistance organise et prend en charge le trajet aller/retour de l'Assuré étant entendu que le trajet aller doit se faire dans un délai de huit (8) jours à compter de la date d'Hospitalisation ou de décès.

3.10 Envoi de médicaments à l'Étranger

Si à l'Étranger, l'Assuré ne trouve pas les médicaments prescrits avant le départ par son médecin traitant et indispensables à son état de santé, AXA Assistance organise leur recherche en France et prend en charge les frais d'expédition jusqu'à son Pays d'expatriation.

Le coût des médicaments et les frais de dédouanement restent à la charge de l'Assuré.

AXA Assistance procède à l'avance des frais de médicaments et de dédouanement en contrepartie d'une garantie que l'Assuré ou un tiers aura déposé. L'Assuré s'engage à rembourser à AXA Assistance l'ensemble des sommes avancées dans un délai de trente (30) jours calculés à partir de la date d'expédition soit par débit de sa carte bancaire.

3.11 Avance des frais médicaux à l'Étranger

Lorsque l'Assuré est hospitalisé à l'Étranger à la suite d'un Atteinte corporelle, AXA Assistance peut avancer les frais médicaux afférents à cette Hospitalisation en payant directement l'hôpital si l'Assuré en fait la demande, dans la limite de 150 000 € par Événement.

AXA Assistance effectue cette avance pour le compte d'Humanis Assurances afin de permettre l'admission hospitalière immédiate de l'Assuré en se réservant la faculté de vérifier sa qualité d'assuré auprès d'Humanis Assurances.

3.12 Accès au réseau de soin AXA Assistance à l'Étranger

Le réseau de soin d'AXA Assistance est constitué de Structures médicales et hospitalières à l'Étranger référencées par AXA Assistance sur des critères techniques et humains propres à chaque pays.

L'Assuré dont l'état nécessite des actes et examens de laboratoire, des soins médicaux et traitements ambulatoires ou une Hospitalisation dans son Pays d'expatriation peut contacter l'Équipe médicale d'AXA Assistance afin qu'elle l'oriente vers une Structure médicale adaptée à sa pathologie.

L'Équipe médicale d'AXA Assistance peut, par ailleurs, en accord avec l'Assuré rechercher une place dans une Structure médicale.

3.13 Suivi d'Hospitalisation à l'Étranger et contrôle des coûts

En cas d'Hospitalisation prévue d'une durée supérieure à trois (3) jours à l'Étranger pour laquelle AXA Assistance n'est pas intervenue préalablement, l'Équipe médicale d'AXA Assistance peut à la demande de l'Assuré mettre en place une prestation de suivi médical.

3.13.1 Conditions et mise en place de la prestation

Pour que la procédure soit mise en place, les conditions suivantes doivent être remplies :

- AXA Assistance doit être avisée de l'Hospitalisation de l'Assuré dans les 24 heures qui suivent la date mentionnée au certificat d'Hospitalisation ;
- L'Assuré doit accepter tout changement de centre hospitalier préconisé par AXA Assistance,
- Dans tous les cas, le médecin que missionnera AXA Assistance doit pouvoir rendre visite à l'Assuré et avoir libre accès à son dossier médical, sans le respect le plus stricte des règles déontologiques.

3.13.2 Procédure de suivi d'Hospitalisation et de contrôle des coûts

Après réception des éléments nécessaires à la mise en place de cette prestation, l'Équipe médicale d'AXA Assistance aura en charge de :

- surveiller la qualité des soins et les prestations médicales préconisées par les médecins sur place

- contrôler la durée et des conditions d'Hospitalisation,
- contrôler les coûts de cette Hospitalisation lorsque ceux-ci sont supérieurs à 10 000 €.

3.13.3 Éléments nécessaires à la mise en place de la Prestation

L'Assuré ou l'un de ses ayants droit doit adresser à AXA Assistance les informations suivantes :

- la nature, les circonstances, la date et le lieu de survenance de l'Atteinte corporelle ayant nécessité l'Hospitalisation ;
- les coordonnées du centre hospitalier ;
- une copie des factures de toutes les dépenses médicales engagées ;
- d'une manière générale, toutes pièces de nature à permettre une exacte appréciation de la situation de l'Assuré.

3.14 **Assistance psychologique**

A la demande de l'Assuré, AXA Assistance peut le mettre en relation avec un psychologue clinicien avant, pendant ou après l'expatriation. AXA Assistance peut aussi organiser et prendre en charge jusqu'à douze (12) heures d'entretien téléphonique avec un psychologue clinicien par Assuré et par an.

3.15 **Exclusions spécifiques aux garanties d'assistance médicale**

Sont exclus et ne pourront donner lieu à notre intervention, ni faire l'objet d'une indemnisation à quelque titre que ce soit :

- **toutes interventions et/ou remboursements relatifs à des bilans médicaux, check-up, dépistages à titre préventif ;**
- **les affections ou lésions bénignes qui peuvent être traitées sur place et qui n'empêchent pas l'Assuré de poursuivre son déplacement ;**
- **les convalescences, les affections en cours de traitement et non encore consolidées et/ou nécessitant des soins ultérieurs programmés ;**
- **les maladies ou blessures préexistantes, diagnostiquées et/ou traitées et ayant fait l'objet d'une consultation médicale ou d'une hospitalisation dans les six (6) mois avant la date de demande d'assistance ;**
- **les suites éventuelles (contrôle, compléments de traitements, récurrences) d'une affection ayant donné lieu à un rapatriement ;**
- **les suites de la grossesse : accouchement, césarienne, soins au nouveau né ;**
- **les interruptions volontaires de grossesse ;**
- **la chirurgie esthétique ;**
- **les tentatives de suicide et leurs conséquences ;**
- **les voyages entrepris dans un but de diagnostic et/ou de traitement ;**
- **les conséquences du défaut, de l'impossibilité ou des suites de vaccination ou de traitement nécessité ou imposé par un déplacement ou un voyage ;**
- **les transports répétitifs nécessités par son état de santé.**

Article 4. GARANTIES D'ASSISTANCE AU VOYAGE

4.1 Transmission de messages urgents

Si l'Assuré se trouve dans l'impossibilité matérielle de transmettre un message urgent et s'il en fait la demande, AXA Assistance se charge de transmettre tout message aux Membres de sa famille et à ses Proches et inversement.

4.2 Assistance papier d'identité ou Titre de transport

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

- Déclaration de perte ou vol (lieux ou faire les déclarations) ;
- Aide au renouvellement (où se rendre, documents à fournir, adresses, délais d'obtention).

En outre, AXA Assistance peut faire parvenir à l'Assuré un nouveau Titre de transport dont il est fait l'avance.

4.3 Assistance Perte ou vol des effets personnels

Si à l'Etranger, l'Assuré perd ou se fait voler ses effets personnels ou ses moyens de paiement, après déclaration auprès des autorités locales compétentes, AXA Assistance peut fournir à l'Assuré des informations sur les procédures d'opposition et indiquer le numéro de téléphone des services d'opposition des différentes cartes que l'Assuré détient.

AXA Assistance peut également procéder à une avance de fonds à concurrence de 2 500 € TTC par évènement afin de permettre à l'Assuré d'effectuer ses achats de première nécessité en contrepartie d'une garantie que l'Assuré ou un tiers aura déposé.

L'Assuré s'engage à rembourser à AXA Assistance l'ensemble des sommes avancées dans un délai de trente (30) jours calculés à partir de la date de mise à disposition des fonds.

4.4 Remplacement des lunettes, de lentilles ou de prothèses auditives

En cas de bris, perte ou vol à l'Etranger des lunettes, lentilles ou prothèses auditives de l'Assuré, AXA Assistance organise leur réfection et prend en charge les frais d'expédition vers le Pays d'expatriation.

Les frais de dédouanement restent à la charge de l'Assuré.

AXA Assistance peut également procéder à une avance des frais de réfection en contrepartie d'une garantie que l'Assuré ou un tiers aura déposé. L'Assuré s'engage à rembourser à AXA Assistance l'ensemble des sommes avancées dans un délai de trente (30) jours calculés à partir de la date de mise à disposition des fonds.

4.5 Rapatriement de bagages

En cas de décès de l'Assuré ou si ce dernier ne peut pas retourner dans son Pays d'expatriation après une hospitalisation, AXA Assistance organise et prend en charge le rapatriement des bagages de l'Assuré dans la limite de 130 kg par mer et 50 kg par air.

4.6 Réfection des papiers d'identité

En cas de perte ou de vol à l'Etranger des papiers d'identité de l'Assuré, AXA Assistance organise et prend en charge la réfection de ces documents à concurrence de 150 €. L'Assuré devra communiquer à AXA Assistance la déclaration de perte ou de vol établie auprès des autorités locales compétentes et les justificatifs des frais engagés auprès des administrations concernées.

Cette garantie est limitée à une intervention par année civile.

Article 5. GARANTIES D'ASSISTANCE JURIDIQUE A L'ETRANGER

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

5.1 Avance de caution pénale

AXA Assistance procède à l'avance, sur présentation d'un dépôt de garantie ou signature d'une reconnaissance de dette, de l'éventuelle caution pénale qui serait exigée par les autorités judiciaires locales

pour la libération de l'Assuré ou pour lui permettre d'éviter une incarcération, ceci à concurrence de 30 500 € TTC par Assuré.

Cette avance sera remise directement à l'autorité judiciaire locale ou à tout organisme ou personne désignée par elle.

L'Assuré est tenu :

- de désigner directement AXA Assistance comme destinataire des fonds en cas de remboursement de la caution décidée par l'autorité judiciaire et, en cas de remboursement qui lui est directement adressé, de restituer immédiatement à AXA Assistance le montant remboursé ;
- de rembourser les fonds avancés dans les quinze (15) jours de la décision judiciaire devenue exécutoire ;
- en tout état de cause, de rembourser AXA Assistance dans un délai de soixante (60) jours à compter de la date de versement.

5.2 Frais d'avocat

AXA Assistance prend en charge les frais d'avocat dans la limite de 7 500 € TTC par Assuré.

Article 6. ASSURANCE BAGAGES

6.1 Définitions spécifiques

Bagages : désigne les sacs de voyage, les valises et leur contenu.

Les Matériels informatiques de l'Assuré suivants sont assimilés aux Bagages : l'ordinateur portable de l'Assuré, son téléphone mobile, sa tablette tactile, sa liseuse, tout appareil photographique ou d'enregistrement ou de reproduction du son et de l'image, ainsi que leurs accessoires, le matériel de démonstration excepté les échantillons.

Les Objets précieux suivants sont assimilés aux Bagages : les bijoux, les fourrures, argenterie, orfèvrerie en métal précieux.

6.2 Objet de la garantie

Cette garantie a pour objet d'indemniser l'Assuré du préjudice matériel qui résulte de la perte des Bagages de l'Assuré par le transporteur, de leur vol ou de leur destruction totale ou partielle.

Cette garantie a pour objet de rembourser les frais de première nécessité en cas de retard de livraison des Bagages supérieur à 24 heures sur le trajet aller.

6.3 Conditions d'application de la garantie

En cas de vol, la garantie est acquise pour autant que les Bagages soient sous la surveillance directe de l'Assuré, remisés dans une consigne fermée à clé ou placés dans un coffre sous la garde d'un hôtelier.

En cas de perte ou de destruction /de retard de livraison par le transporteur, la garantie est acquise pour autant que les Bagages soient enregistrés auprès du transporteur.

6.4 Effet et durée

La garantie prend effet à la date de départ de l'Assuré et cesse automatiquement ses effets au moment du retour de l'Assuré à son Domicile.

Les dates de départ (00h00) et de retour (23h59) de voyage sont celles indiquées sur les Titres de transport.

6.5 Montant de l'indemnité et plafond de la garantie

6.5.1 Assurance « Perte, vol, destruction, détérioration Bagages »

(a) **Calcul de l'indemnité**

Le montant de l'indemnisation de l'Assuré est calculé :

- En cas de vol, de perte par le transporteur ou de destruction totale des Bagages de l'Assuré : sur la base de la valeur de remplacement, vétusté déduite ;
- En cas de destruction partielle des Bagages de l'Assuré, sur la base du coût de la réparation dans la limite de la valeur de remplacement, vétusté déduite.

(b) **Plafond de garantie**

L'Assuré est indemnisé à concurrence des plafonds suivants :

	Plafonds par Assuré	Plafonds par Evénement
Vol, destruction ou perte des Bagages	3 000 €	7 700 €
Matériels informatiques	1 500 €	3 850 €
Objets précieux	50% du plafond de la garantie	/
Franchise	50 € par dossier pour les Bagages, sans Franchise pour le Matériel informatique	/

L'Assuré est indemnisé à concurrence des plafonds suivants, quel que soit le nombre de Bagages :

	Plafonds par Assuré
Retard de livraison supérieur à 6h	77 € TTC
Retard de livraison égal à 24 h	153 € TTC
Retard supérieur à 24h et tranche de 24 h supplémentaires	77 € TTC
Plafond par évènement	700 € TTC

6.6 Exclusions spécifiques

Les exclusions générales du présent contrat sont applicables.

En outre, sont exclus :

- **Les effets vestimentaires que l'Assuré porte sur lui lors de la survenance du sinistre, les objets ou vêtements dérobés isolément, ainsi que les autoradios ;**
- **Les espèces, billets de banque, titres et valeurs de toute nature, billets de séjour, documents manuscrits, papiers d'affaires, passeports et autre pièces d'identité ;**
- **Les parfums, denrées périssables et d'une manière générale la nourriture ;**
- **Les perles fines, pierres précieuses ou semi-précieuses, lorsqu'elles ne sont pas montées en bijoux,**
- **Tableaux, objets d'arts ;**
- **Les prothèses de toute nature, les lunettes et verres de contact ;**

- **Les biens confiés à des tiers ou qui sont sous la responsabilité d'un tiers tels que dépositaires hôteliers ;**
- **Les vols commis sans effraction dans tout local à usage d'habitation ne respectant pas les trois conditions suivantes : clos, couvert et fermé à clé ;**
- **Les vols de toute nature ou destructions dans des hangars, bateaux, tentes, caravanes auvents ou avancées de caravanes, remorques ;**
- **Les vols commis sans effraction dans tout véhicule non fermé à clé et non clos et commis entre 21 heures et 7 heures ;**
- **Les vols, ou destructions de Bagages laissés sans surveillance dans un lieu public ;**
- **La destruction due à l'usure normale ou naturelle ;**
- **La destruction résultant du coulage de liquides, matières grasses, colorantes, corrosives, inflammables ou explosives faisant partie du contenu des Bagages ;**
- **La détérioration résultant d'éraflures, de rayures, de déchirures ou de tâches ;**
- **La destruction des objets fragiles tels que verreries, glaces, porcelaines, terres cuites ; plâtres, statues, céramiques, faïences, cristaux, albâtres, cires, grès, marbre et tous objets similaires ;**
- **La saisie, l'embargo, la confiscation, la capture, la destruction ou le séquestre, ordonnés par toute autorité publique.**

6.7 Procédure de déclaration de sinistre

La déclaration doit se faire dans les cinq (5) jours ouvrables ou dans les deux (2) jours ouvrables en cas de vol suivant la connaissance du sinistre. Passé ce délai, si AXA Assistance subi un quelconque préjudice du fait d'une déclaration tardive, l'Assuré perdra tout droit à indemnité.

6.7.1 Éléments nécessaires à la déclaration de sinistre

La déclaration doit comporter les informations suivantes :

- Les noms, prénoms et adresse de l'Assuré ;
- Le numéro du contrat ;
- La date, la cause et les circonstances du vol, de la perte ou de la destruction, du retard de livraison des Bagages.

6.7.2 Éléments nécessaires à la constitution du dossier d'indemnisation

AXA Assistance adresse à l'attention de l'Assuré, ou à l'un de ses ayants droit, le dossier d'indemnisation à constituer. Il devra être retourné à AXA Assistance complété en joignant une copie du Contrat et les documents permettant de justifier l'existence des Bagages volés, perdus ou détériorés, ainsi que leur valeur (facture, etc.), le retard dans la livraison des Bagages :

En cas de vol des Bagages : le récépissé du dépôt de plainte ou de déclaration de vol établi par les autorités locales compétentes et effectué dans les **48 heures suivant le sinistre**.

En cas de perte des Bagages : l'original du constat des irrégularités faites auprès du transporteur.

En cas de détérioration des Bagages : l'original du constat d'avaries fait auprès du transporteur.

En cas de retard dans la livraison des Bagages :

- Le ticket d'enregistrement des Bagages livrés avec retard par le transporteur ;
- L'original du constat des irrégularités faites auprès du transporteur ;
- L'original du justificatif de la livraison tardive.

6.8 Récupération des Bagages volés ou perdus

L'Assuré doit aviser immédiatement AXA Assistance de la récupération de tout ou partie des Bagages volés ou perdus.

Si la récupération a lieu :

- **Avant le paiement de l'indemnité**, l'Assuré doit reprendre possession desdits Bagages. L'indemnisation se limite aux détériorations éventuelles et au remboursement des frais engagés pour récupérer lesdits Bagages ;
- **Après le paiement de l'indemnité**, l'Assuré a trente (30) jours à compter de la récupération pour choisir entre la reprise et le délaissement de tout ou partie des Bagages retrouvés. Passé ce délai, les Bagages deviendront la propriété d'AXA Assistance.

Si l'Assuré reprend les Bagages, AXA Assistance révisé le montant de l'indemnité en fonction de leur valeur au jour de la récupération et l'Assuré devra restituer à AXA Assistance l'éventuel excédent d'indemnité perçu.

6.9 Indemnité

Le remboursement est adressé directement à l'Assuré ou à ses ayants droit ou à toute personne si l'Assuré en fait la demande à l'écrit.

Article 7. GARANTIE D'ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE VIE PRIVE

La garantie Responsabilité civile privée est acquise lorsque le Souscripteur a choisi l'une des formules suivantes : Santé 1, Santé 2 ou Santé 3 au titre des garanties frais de santé, sous réserve que cette option n°0803228 02 ait été souscrite et figure aux Conditions Particulières.

La garantie est acquise automatiquement lorsque le Souscripteur a choisi les formules Santé 4 ou Santé 5 au titre de ses garanties Frais de Santé.

7.1 Responsabilité Civile Vie privée

7.1.1 Objet de la garantie

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

7.1.2 Subsidiarité de la garantie

Cette garantie s'applique hors de France/à l'Étranger et dans les pays dans lesquels l'Assuré ne bénéficie pas d'une assurance de responsabilité civile souscrite par ailleurs.

7.2 Garantie Responsabilité civile locative en France et à l'Étranger

7.2.1 Objet de la garantie

Cette garantie a pour objet de couvrir les conséquences pécuniaires de la responsabilité civile qui peut incomber à l'Assuré en cas de dommages matériels causés par un incendie, des explosions, des jets de flammes ou d'étincelles ou des dégâts des eaux survenant au cours d'une Expédition de moins de 90 jours consécutifs, aux :

- biens immobiliers objet du contrat de location ;
- biens mobiliers se trouvant à l'intérieur du logement loué en meublé et listés dans l'inventaire annexé au contrat de location.

Vis-à-vis :

- Du propriétaire de la location de vacances :
 - pour les dommages matériels causés à son immeuble et au mobilier des locaux loués,
 - pour les loyers dont il est privé et la perte d'usage du bien loué ;
 - pour les dommages matériels subis par les autres locataires qu'il est tenu d'indemniser.
- Des voisins et des Tiers :
 - pour les dommages matériels et immatériels qu'ils subissent.

7.2.2 Subsidiarité de la garantie

Cette garantie s'applique dans les pays dans lesquels l'Assuré ne bénéficie pas d'une assurance de responsabilité civile locative souscrite par ailleurs.

7.3 Défense et recours à l'Étranger

7.3.1 Objet de la garantie

Cette garantie a pour objet de couvrir :

- **En défense** : les frais de procédure relatifs à la défense de l'Assuré lorsqu'il est poursuivi par un Tiers devant les tribunaux répressifs à la suite d'une infraction commise à l'occasion d'un événement couvert par la garantie responsabilité civile vie privée à l'Étranger.
- **En recours** : les frais de procédure relatifs au recours de l'Assuré contre un Tiers lorsqu'il a subi un dommage à condition que l'événement dommageable soit couvert au titre de la garantie responsabilité civile vie privée à l'Étranger.

7.3.2 Définition des frais de procédure

Désigne les frais de procédure engagée au civil avec l'accord d'AXA Assistance afin d'organiser la défense de l'Assuré ou son recours, tels que : frais d'enquêtes, coûts de procès-verbaux de police, constats d'huissier, honoraires d'experts ou de techniciens, honoraires et frais non taxables d'avocats.

7.3.3 Exclusions de garantie

Outre les exclusions communes à toutes les garanties, sont exclues : les pénalités et/ou amendes prononcées contre l'Assuré.

7.4 Plafond et modalités

7.4.1 Plafonds de la garantie

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

	Plafonds par Sinistre	Franchise
Tous Dommages confondus	5 000 000 € TTC par Assuré	150 € par Assuré
<ul style="list-style-type: none"> • Dont les dommages matériels et immatériels consécutifs 	75 000 € TTC par Assuré	150 € par Assuré
<ul style="list-style-type: none"> • Dont les dommages causés aux biens immobiliers listés dans l'inventaire annexé au contrat de location 	10 000 € TTC par sinistre	500 € par Assuré
Défense recours	20 000 € TTC par Litige	380 € par Litige

7.4.2 Modalité d'application de la garantie dans le temps

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

7.4.3 Transaction et reconnaissance de responsabilité

Aucune reconnaissance de responsabilité, aucune transaction, intervenues sans l'accord d'AXA Assistance, ne sont opposables à AXA Assistance. De même, l'aveu de la matérialité d'un fait ou l'exécution d'un simple devoir d'assistance ne peut être assimilé à la reconnaissance d'une responsabilité.

7.4.4 Déclaration de sinistre

L'Assuré doit déclarer le sinistre à AXA Assistance **dans les cinq (5) jours ouvrés où il en a eu connaissance**, à l'adresse :

AXA Assistance
6, rue André Gide
92320 Châtillon

La déclaration doit comporter les informations suivantes :

- les nom, prénom et adresse de l'auteur du sinistre, des victimes et des éventuels témoins ;
- numéro du contrat ;
- toute information ou document nécessaire à la connaissance des faits, à la nature et à l'étendue des dommages et permettant de déterminer les responsabilités encourues ;
- de manière générale, l'Assuré doit transmettre à AXA Assistance toute correspondance ou pièce qui intéresserait le sinistre.

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

7.4.5 Procédure spécifique Défense et Recours à l'Étranger

En cas d'action dirigée contre l'Assuré, l'Assuré donne à AXA Assistance tout pouvoir pour diriger le procès et exercer toute voie de recours devant les juridictions civiles ou pour associer AXA Assistance à sa défense et exercer les voies de recours sur les intérêts civils devant les juridictions pénales. L'Assuré doit transmettre à AXA Assistance dès réception, toute convocation, assignation, acte extrajudiciaire et pièce de procédure qui lui serait adressé ou signifié.

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

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

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

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

7.5 **Exclusions spécifiques à la garantie Responsabilité civile à l'Étranger, la Responsabilité civile locative et la Défense et Recours**

Outre les exclusions applicables à toutes les garanties, sont également exclues, les conséquences :

- **des dommages causés aux Membres de la famille de l'Assuré, à ses préposés, salariés ou non, dans l'exercice de leurs fonctions ou à toute autre personne ayant la qualité d'Assuré au titre du présent contrat ;**
- **des dommages causés aux Animaux ou aux objets qui appartiennent à l'Assuré ou qui lui sont prêtés ou confiés ;**

- des dommages résultant d'un vol, d'une disparition ou d'un détournement ;
 - des dommages résultant d'un abus de confiance, de l'injure, de la diffamation ;
 - des dommages causés par :
 - tout véhicule terrestre à moteur répondant à la définition de l'article L211-1 du code des assurances,
 - tout véhicule terrestre construit en vue d'être attelé à un véhicule terrestre à moteur,
 - tout appareil de navigation aérienne, maritime ou fluviale ;
 - des dommages résultant de la pratique de la chasse de tous sports mécaniques (automobile, motocyclette et plus généralement tout véhicule terrestre à moteur), de tous sports aériens ;
 - des dommages causés aux Tiers et résultant de l'organisation, la préparation ou la participation à une compétition organisée sous l'égide d'une fédération sportive, soumise à autorisation administrative ou à une obligation d'assurance légale ;
 - des dommages occasionnés au cours de l'activité professionnelle de l'Assuré ou lors de sa participation à une activité organisée par une association loi de 1901, une institution ou une collectivité;
 - des dommages découlant de la responsabilité civile de l'Assuré en tant qu'auteur de faits commis sous l'effet de stupéfiants, en état d'ivresse ou d'intoxication alcoolique, ou résultant de la participation à un pari, un défi ou une rixe ;
 - des dommages survenus dans des résidences secondaires, les terrains de sports ou de jeux dont vous êtes copropriétaire ou locataire à l'année ;
 - les frais de réparation ou de remplacement des conduites, robinets et appareils intégrés dans les installations d'eau et de chauffage, lorsqu'ils sont à l'origine du sinistre.
- Enfin, sont exclus les sinistres survenus en Irak, Somalie, Afghanistan, Syrie et Corée du Nord.

Article 8. EXCLUSIONS COMMUNES A TOUTES LES GARANTIES

Outre les exclusions légales et outre les éventuelles exclusions spécifiques précitées, sont exclus :

- les frais courants tels que repas ou boissons que l'Assuré aurait normalement supporté pendant son Déplacement ;
 - les frais de transport, d'hébergements initialement prévus pour le Déplacement de l'Assuré ;
 - le coût des communications téléphoniques, exceptées celles réalisées dans le cadre de la mise en place des garanties d'assistance de ce Contrat ;
- De plus, ne pourront donner lieu à l'intervention d'AXA Assistance, ni faire l'objet d'une indemnisation à quelque titre que ce soit toutes conséquences :
- de l'usage abusif d'alcool (taux d'alcoolémie constaté supérieur au taux fixé par la réglementation en vigueur), de l'usage ou de l'absorption de médicaments, drogues ou stupéfiants non prescrits médicalement ;
 - d'un acte intentionnel ou d'une faute dolosive de la part de l'Assuré ;
 - des frais de recherche et de secours résultant de l'inobservation des règles de prudence édictées par les exploitants du site et/ou des dispositions réglementaires régissant l'activité que l'Assuré pratique ;
 - de la participation de l'Assuré en tant que concurrent à toute épreuve sportive de compétition ou à des épreuves d'endurance ou de vitesse et à leurs essais préparatoires, à bord de tout engin de locomotion terrestre ou aérienne (à moteur ou non) ainsi que la pratique des sports de neige ou de glace à un titre non-amateur ;
 - du non-respect des règles de sécurité reconnues liées à la pratique de toute activité sportive ;
 - de la pratique de tout sport à titre professionnel ;
 - d'explosion d'engins et d'effets nucléaires radioactifs ;

- **d'interdictions officielles, de saisies ou de contraintes par la force publique ;**
- **la guerre civile ou étrangère déclarée ou non ;**
- **la mobilisation générale ;**
- **toute réquisition des hommes et/ou du matériel par les autorités ;**
- **tout acte de sabotage ou de terrorisme ;**
- **tout conflit social tel que grève, émeute, mouvement populaire ;**
- **toute restriction à la libre circulation des biens et des personnes ;**
- **les catastrophes naturelles ;**
- **les conséquences de l'action des forces de la nature ;**
- **les épidémies, tout risque infectieux ou chimique ;**
- **toute intervention initiée et/ou organisée à un niveau étatique ou inter-étatique par toute autorité ou organisme gouvernemental ou non gouvernementale ;**
- **tous les cas de force majeure.**

Article 9. LIMITES DE RESPONSABILITE

La responsabilité d'AXA Assistance ne pourra être engagée en cas de dommages à caractère professionnel ou commercial subi par le Souscripteur à la suite d'un incident ayant nécessité la mise en jeu des garanties du présent Contrat.

AXA Assistance ne peut se substituer aux organismes locaux ou nationaux de secours d'urgence et ne prend pas en charge les frais engagés du fait de leur intervention.

Enfin, la responsabilité d'AXA Assistance ne pourra être engagée en cas de retards ou empêchements dans l'exécution des garanties du présent Contrat, causés par une grève, une émeute, un mouvement populaire, des repréailles, une restriction de la libre circulation, de sabotage, de terrorisme, de guerre civile ou étrangère, de dégagement de chaleur, d'irradiation ou d'effet de souffle provenant de la fission ou de la fusion de l'atome, de radioactivité ou de tout autre cas fortuit ou de force majeure.

Article 10. FAUSSE DECLARATION

10.1 Fausse déclaration des éléments constitutifs du risque

Toute réticence ou fausse déclaration portant sur les éléments constitutifs du risque connus du Souscripteur l'expose aux sanctions prévues par le Code des assurances, c'est-à-dire : réduction d'indemnité ou nullité du Contrat (articles L.113-8 et L.113-9 du Code des assurances).

10.2 Fausse déclaration des éléments constitutifs du sinistre

Toute réticence ou fausse déclaration portant sur les éléments constitutifs du sinistre connus du Souscripteur l'expose, en cas de mauvaise foi, à la sanction suivante : la nullité du Contrat, les primes payées demeurent acquises à AXA Assistance.

Article 11. PRIME

11.1 Débiteur de la prime

Le Souscripteur, tel que défini sur les Conditions Particulières, s'engage à payer la prime d'assurance afférente aux garanties du présent Contrat.

11.2 Paiement de la prime

La prime d'assurance dont le montant est précisé dans les Conditions Particulières, est réglée soit par chèque, soit par prélèvement automatique effectué par Humanis Assurances pour le compte d'AXA Assistance, sur le

compte bancaire désigné à cet effet par le Souscripteur et ce, à compter de l'expiration du délai de renonciation de 14 jours calendaires tel que défini à l'article 12.4.

11.3 Défaut de paiement

En cas de défaut de paiement de la prime ou d'une fraction de la prime dans les 10 jours qui suivent son échéance, Humanis Assurances enverra une relance au Souscripteur par lettre recommandée. Si dans les 30 jours qui suivent son envoi, la(les) prime(s) ou la(les) fraction(s) de prime due n'est toujours pas payée, les garanties seront suspendues et si la prime n'est toujours pas réglée dans les 10 jours qui suivent la date de suspension des garanties, AXA Assistance, via Humanis Assurances pourra résilier le Contrat.

11.4 Modification de la prime

AXA Assistance, via Humanis Assurances, s'engage à informer le Souscripteur d'une modification de la prime dans les deux (2) mois qui précèdent la date d'échéance du Contrat. Le Souscripteur peut refuser cette modification et résilier le Contrat en adressera une lettre simple à Humanis Assurances à l'adresse précisée en préambule de ce Contrat.

Article 12. VIE DU CONTRAT

12.1 Durée du Contrat et tacite reconduction

Le Contrat est conclu pour une durée d'un (1) an à compter de la date de la souscription définie ci-dessous et se renouvelle par tacite reconduction chaque année, sauf cessation dans l'un des cas prévus à l'article 12.6.

12.2 Date de souscription

La date de souscription du Contrat est celle indiquée dans les Conditions particulières et correspond à la date de prise d'effet du Contrat.

12.3 Date d'effet et durée des garanties

Les garanties prennent effet à l'issue d'un délai de carence de 14 jours calendaires à compter de la Date de souscription telle que définie ci-dessus, sous réserve de l'encaissement effectif de la première prime et des portions de prime lorsque le paiement est fractionné. Les garanties cessent en même temps que la Cessation du Contrat par l'un des cas prévus à l'article 12.6.

12.4 Facultés de renonciation en cas de vente à distance

Conformément à l'article L.112-2-1 du Code des assurances, le Souscripteur peut renoncer au Contrat en notifiant sa décision à Humanis Assurances au moyen d'une déclaration dénuée d'ambiguïté (par exemple, lettre envoyée par la poste ou courrier électronique) dans un délai de quatorze (14) jours calendaires révolus à compter la date de Souscription précisée sur les Conditions Particulières. Le Souscripteur peut utiliser le modèle de formulaire de renonciation, ci-dessous, mais ce n'est pas obligatoire.

Pour que le délai de renonciation soit respecté, il suffit que le Souscripteur transmette sa volonté avant l'expiration du délai de renonciation.

En cas de renonciation de sa part, Humanis Assurances remboursera, pour le compte d'AXA Assistance, à l'Assuré toutes les primes reçues de sa part sans retard excessif et, en tout état de cause, au plus tard quatorze (14) jours à compter du jour où Humanis Assurances est informé de sa décision de renonciation. Humanis Assurances procédera au remboursement en utilisant le même moyen de paiement que celui utilisé pour la transaction initiale.

Exemple de formulaire :

Veuillez compléter et renvoyer le présent formulaire uniquement si vous souhaitez vous renoncer au contrat.

FORMULAIRE DE RENONCIATION

Formulaire à nous renvoyer soit par lettre à l'adresse postale : WELCARE, BP 30, 41914 Blois Cedex 9, France ou par email gestion@welcare.fr.

A l'attention de Welcare.

Je vous notifie par la présente mon souhait de renoncer au contrat Pack Expat CFE Salarié-Non salarié HA 164001S, dont le N ° de souscription est le (XXXXXXXXXXXXXXXXXX).

Nom du souscripteur Prénom du Souscripteur

Date Signature du souscripteur

12.5 Modifications de votre Contrat

Le Souscripteur doit informer WELCARE, BP 30, 41914 Blois Cedex 9, France ou par email gestion@welcare.fr, de tout changement de nom et/ou des informations personnelles du Souscripteur et/ou de coordonnées du compte bancaire sur lequel la prime est prélevée.

12.6 Cessation du Contrat

Le Contrat prend fin dans les cas suivants.

- En cas d'utilisation par le Souscripteur de sa faculté de renonciation, à la date d'envoi de la lettre, le cachet de la porte faisant foi ;
- En cas de résiliation par le Souscripteur à tout moment. La demande doit être adressée à Humanis Assurances, par lettre recommandée avec avis de réception à l'adresse : par lettre recommandée avec avis de réception à l'adresse : WELCARE, BP 30, 41914 Blois Cedex 9, France ou par email gestion@welcare.fr. La résiliation intervenue au cours du mois « M » prendra effet à la date d'échéance de la prime du mois « M+1 » ;
- En cas de résiliation par AXA Assistance, via Humanis Assurances, pour non-paiement de la prime (en application des dispositions de l'article L.113-3 du Code des assurances) dans les conditions définies à l'article 11.3 ;
- En cas de résiliation par le Souscripteur pour refus de la prime modifiée dans les conditions définies à l'article 11.4 ;
- En cas de décès du Souscripteur, ses ayants droits devant informer Humanis Assurances par écrit (WELCARE, BP 30, 41914 Blois Cedex 9, France ou par email gestion@welcare.fr. La résiliation prend alors effet à la date du décès ;
- Dans tous les autres cas prévus par le Code des assurances.

12.7 Prescription

Conformément aux articles L.114-1 et suivants du Code des assurances, toutes actions dérivant du présent Contrat sont prescrites pour deux (2) ans à compter de l'événement qui leur donne naissance.

Ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où AXA Assistance en a eu connaissance ;
- en cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'Assuré contre AXA Assistance a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'Assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

Conformément à l'article L.114-2 du Code des assurances, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription constituées par :

- toute demande en justice, même en référé, ou même portée devant une juridiction incompétente ;
- tout acte d'exécution forcée, ou toute mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ;
- toute reconnaissance par AXA Assistance du droit à garantie de l'Assuré, ou toute reconnaissance de dette de l'Assuré envers AXA Assistance.
- Elle est également interrompue par :
 - la désignation d'experts à la suite d'un sinistre ;
 - l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la souscription ou par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Conformément à l'article L.114-3 du Code des assurances, les parties au Contrat ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

12.8 Cumuls d'assurance

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.

12.9 Subrogation d'AXA Assistance dans les droits et actions de l'Assuré

Conformément à l'article L.121-12 du Code des assurances, AXA Assistance est subrogé, jusqu'à concurrence de cette indemnité, dans les droits et actions de l'Assuré contre les tiers qui, par leur fait, ont causé le dommage ayant donné lieu à l'indemnisation d'AXA Assistance.

Article 13. DISPOSITIONS DIVERSES

13.1 Compétence judiciaire

Tout litige né de l'exécution, de l'inexécution ou de l'interprétation du Contrat sera de la compétence des juridictions françaises.

13.2 Langue

La langue utilisée pendant la durée du présent Contrat est la langue française.

13.3 Loi informatique et libertés

Dans le cadre du contrôle de la qualité des services rendus, les conversations téléphoniques entre le Souscripteur ou l'Assuré et AXA Assistance peuvent être enregistrées.

Les informations concernant le Souscripteur sont destinées à l'usage interne d'AXA Assistance, ainsi qu'aux personnes amenées à intervenir et chargées de la passation, la gestion et l'exécution du Contrat, dans la limite de leurs attributions respectives, conformément aux articles 32 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978.

Certains des destinataires des 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. AXA Assistance garantit que toutes les mesures sont prises pour assurer un bon niveau de protection des données.

AXA Assistance est soumise 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, elle met en œuvre un traitement de surveillance des Contrats pouvant aboutir à la rédaction d'une déclaration de soupçon conformément à l'autorisation unique de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) du 16 Juin 2011.

De plus, les données personnelles du Souscripteur pourront être utilisées dans le cadre d'un traitement de lutte contre la fraude que la CNIL a autorisé AXA Assistance à mettre en œuvre conformément à l'autorisation unique en date du 17 Juillet 2014 ; ce traitement pouvant conduire, le cas échéant, à une inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.

Le Souscripteur dispose d'un droit d'accès et de rectification aux données le concernant, en s'adressant au Service Juridique d'AXA Assistance situé 6, rue André Gide – 92320 Châtillon.

13.4 Réclamation et médiation

Si, après avoir contacté l'interlocuteur privilégié ou le service Clients par téléphone ou par courrier, une incompréhension relative à la gestion de votre sinistre, l'Assuré peut faire appel à AXA Assistance en écrivant à l'adresse suivante : AXA Assistance – Service Gestion des Réclamations – 6, rue André Gide – 92320 Châtillon.

La situation sera étudiée avec le plus grand soin : une réponse sera alors adressée à l'Assuré dans un délai de 40 jours (sauf circonstances particulières dont nous vous tiendrons informés).

Si aucune solution n'a été trouvée, l'Assuré pourra ensuite faire appel au Médiateur de l'assurance : la Médiation de l'Assurance – TSA 50110 – 75441 Paris Cedex 09, personnalité indépendante. Ce recours est gratuit.

Le Médiateur formulera un avis dans les deux (2) mois à réception du dossier complet. Son avis ne s'impose pas et vous laissera toute liberté pour saisir éventuellement le Tribunal français compétent.

Le contrat est assuré par Humanis Assurances, Société Anonyme régie par le Code des Assurances au capital social de 13.565.655 € entièrement libéré, inscrite au Registre du Commerce et des Sociétés de Paris sous le numéro 447 883 661, dont le siège social se situe 29 boulevard Edgar Quinet, 75014 PARIS, FRANCE.

La gestion du contrat est assurée par Humanis Assurances, via son service spécialisé dans la protection sociale des personnes en mobilité internationale, dénommé WELCARE.

Les garanties frais de santé assurées par Humanis Assurances sont complétées, de façon automatique par des garanties annexes composées de garanties d'assistance, d'assurance bagages et d'assurance de responsabilité civile à l'étranger (détaillées dans l'annexe au contrat) souscrites par le Souscripteur auprès de : AXA Assistance, dénomination utilisée par INTER PARTNER ASSISTANCE, société anonyme de droit belge au capital de 31 702 613 euros, entreprise d'assurance non-vie agréée par la Banque Nationale de Belgique (0487), immatriculée au Registre des Personnes Morales de Bruxelles sous le numéro 415 591 055, dont le siège social est situé 166 Avenue Louise – 1050 Ixelles – Bruxelles Capitale – Belgique, prise au travers de sa succursale française immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Nanterre sous le numéro 316 139 500 et située 6, rue André Gide 92320 Châtillon.