



**KINOUSASSUR SARL**

17, avenue Jeanne d'Arc  
94110 ARCUEIL

Tél. : 01 49 85 82 20

E-mail : [contact@travel-zen.com](mailto:contact@travel-zen.com)

# ASSURANCE VOYAGE

TRAVEL ZEN est une marque du Cabinet de Courtage  
**KINOUSASSUR SARL**

Les produits TRAVEL ZEN sont souscrits auprès de la Compagnie MUTUAIDE ASSISTANCE, 8/14, avenue des Frères Lumière - 94368 Bry-sur-Marne Cedex, SA au capital de 12.558.240 € entièrement versé. Entreprise régie par le Code des Assurances - sous le contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située au 4, place de Budapest - 75436 Paris Cedex - 383 974 086 RCS Créteil. La garantie Responsabilité civile vie privée est assurée par la Compagnie d'Assurance GROUPAMA RHÔNE-ALPES AUVERGNE Caisse régionale d'Assurances Mutuelles Agricoles de Rhône-Alpes Auvergne 50, rue de Saint-Cyr - 69251 Lyon Cedex 09 - N° de SIRET 779 838 366 000 28 - Entreprise régie par le Code des Assurances et soumise à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - 4, place de Budapest - 75 436 Paris Cedex, et agissant en conformité avec les règles françaises du Code des Assurances, établis à la demande de KINOUSASSUR SARL, société de courtage au capital de 7 500 €, dont le siège social est situé au 17, avenue Jeanne d'Arc - 94110 Arcueil, immatriculée au RCS de Créteil sous le Numéro B 443 485 578, N° Orias 07 007 539, soumise à l'Autorité de contrôle des Assurances et des Mutuelles, 4, place de Budapest - 75436 Paris Cedex. Le registre des intermédiaires en Assurance (ORIAS), dont le siège social est situé 1, rue Jules Lefebvre 75009 Paris. Ce registre est librement accessible au public sur le site [www.orias.fr](http://www.orias.fr)

Credits photos : Fotolia - Author's Images - Création : POINT 11 - 12/2019



Une appli  
qui vous  
simplifie  
la vie !

2020

*the world is yours!!!*

# ASSURANCE VOYAGE

STANDARD



VOYAGEZ TRANQUILLE  
POUR MOINS D'1€  
PAR JOUR\*



Découvrir de  
**nouveaux pays,**  
**de nouvelles**  
**cultures** : tel est  
votre leitmotiv !

\*sur la base d'un séjour en zone Europe

**Notre volonté : Vous accompagner durant vos séjours touristiques de courte, moyenne et longue durée, vos tours du monde**

**UNE APPLI QUI VOUS SIMPLIFIE LA VIE!**

**Gapi, l'application qui vous suit tout au long de votre séjour**

**Elle vous permet de :**

- > Visualiser votre contrat
- > Géo localiser les prestataires de santé dans le monde entier
- > Contacter directement le plateau d'assistance 24/7
- > Faire vos demandes de remboursement
- > Accéder au service de téléconsultation 24/7

• Une gestion efficace : Prenez en photographie vos demandes de remboursement de frais médicaux inférieurs à 500€ et vous serez remboursé sous 48 heures

• Une prise en charge de vos frais d'hospitalisation sur simple appel téléphonique,

• Un plateau d'assistance médicale à votre disposition 24H/24 et 365 jours par an, dans le monde entier,



**NOUVEAU**  
**médecindirect**  
 Téléconsultation médicale en ligne sur l'appli GAPI disponible 24/7

**Nos atouts :**

- > Une équipe de professionnels de l'assurance, spécialiste de la mobilité depuis plus de 20 ans pour répondre à vos questions
- > Souscription possible jusqu'à la veille de votre départ
- > Mail d'alerte pour les prolongations de contrat
- > Libre choix du médecin, des hôpitaux dans le monde entier
- > **Téléconsultation avec des médecins français 24/7**
- > **Simplification de la gestion des frais médicaux de moins de 500€**
- > **Gestion sous 48h de vos sinistres**

**ASSURANCE VOYAGE**

**PRESTATIONS ASSURÉES**

Garanties	Capital en euros (€)
<b>FRAIS MÉDICAUX MONTANTS ASSURÉS PAR ÉVÈNEMENT</b>	
<b>A l'étranger</b>	<b>150 000 €</b>
Frais dentaires d'urgence	150 €
Frais dentaires accidentels	350 €
<b>Dans le pays de résidence habituelle (30 jours max)</b>	<b>15 000 €</b>
Frais dentaires d'urgence	150 €
Frais dentaires accidentels	350 €
<b>ASSISTANCE MONTANTS ASSURÉS PAR PÉRIODE D'ASSURANCE</b>	
Rapatriement	<b>frais réels</b>
Frais de transport de la dépouille mortelle	<b>frais réels</b>
Frais de transport de la dépouille mortelle et du membre de la famille accompagnant	<b>frais réels</b>
Frais de transport en cas de décès d'un membre de la famille proche	<b>frais réels</b>
Frais de voyage supplémentaire en cas de dommage matériel causé au domicile ou local pro de l'Assuré	<b>frais réels</b>
Frais de séjour d'un membre de la famille suite à un accident ou maladie de l'Assuré (plafond de 420 €)	<b>42 €/jour</b>
Frais de transport d'un membre de la famille suite à un accident ou maladie de l'Assuré	<b>frais réels</b>
Extension du séjour suite à un accident ou maladie (plafond de 420 €)	<b>42 €/jour</b>
Frais de transport en cas d'extension du séjour suite à un accident ou maladie	<b>frais réels</b>
Livraison de médicaments	<b>compris</b>
Frais de transport des personnes qui voyagent avec l'assuré (maximum 2 personnes)	<b>frais réels</b>
<b>ACCIDENT</b>	
Invalidité permanente, décès	<b>12 500 €</b>
<b>RESPONSABILITÉ CIVILE VIE PRIVÉE</b>	
	<b>150 000 €</b>
<b>FRAIS JURIDIQUES</b>	
Frais juridiques et avance caution pénale par période d'assurance	<b>5 000 €</b>
<b>BAGAGES</b> .....760 € (FRANCHISE DE 30 €)	
Vol ordinateur portable et téléphone portable	<b>150 €</b>
Objets de valeur	<b>150 €</b>
Indemnisation en cas de retard de plus de 24h	<b>90 €</b>
<b>SPORTS</b>	
Sports d'hiver et à risques	<b>couvert</b>
<b>SERVICES</b>	
Informations générales (ambassades, vaccinations et formalités d'entrée)	<b>compris</b>
Transmission des messages urgents	<b>compris</b>
Service de traduction	<b>compris</b>
<b>INDEMNITÉS SUITE AU RETARD D'UN VOL</b>	
Retard résultant du Surbooking d'une compagnie aérienne	<b>30 €</b>
Perte de correspondance	<b>60 €</b>
Retard de + de 6 heures	<b>30 €</b>
Retard de + de 12 heures	<b>30 € sup</b>
Retard de + de 18 heures	<b>30 € sup</b>
Retard de + de 24 heures	<b>30 € sup</b>

**TARIFS**

Tarifs en € valables jusqu'au 31.12.2020

Période	Standard	
	Europe*	Monde
1 semaine	14	22
2 semaines	22	31
3 semaines	28	45
1 mois	30	55
2 mois	53	94
3 mois	81	151
4 mois	106	191
5 mois	124	230
6 mois	151	265
7 mois	177	326
8 mois	204	367
9 mois	222	389
10 mois	248	448
11 mois	265	477
12 mois	293	527

\* Les pays de résidence habituelle et d'accueil doivent être situés en Europe

**NOTRE CONSEIL : NE PARTEZ PAS SANS ASSURANCE !**



Les informations recueillies sont nécessaires à la réalisation de l'opération d'assurance et à son exécution et font l'objet d'un traitement automatisé à cette fin. Elles sont destinées au responsable du traitement : KINOUSASSUR (RCS Créteil 443 485 578) pour la gestion des souscriptions à la police et à une partie de la gestion des sinistres, à MUTUAIDE (RCS 383 974 086 Créteil) pour la gestion des sinistres et la fourniture des prestations et garanties. Ces informations pourront être conservées, utilisées et communiquées par KINOUSASSUR et MUTUAIDE, aux membres de leur groupe, courtiers, mandataires, assureurs, réassureurs et à des tiers dans le cadre de la gestion de la police et de la fourniture des prestations et garanties. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition que vous pouvez exercer auprès de KINOUSASSUR, 17, avenue Jeanne d'Arc - 94110 ARCUEIL. KINOUSASSUR pourra utiliser les informations à caractère personnel pour vous faire profiter d'autres produits et services. Si vous ne le souhaitez pas, cocher la case ci-contre :



**KINOUSASSUR SARL**  
 17 Avenue Jeanne d'Arc  
 BP 50026 - 94111 ARCUEIL  
 Tél. : 01 49 85 82 20  
 E-mail : contact@travel-zen.com

**DEMANDE DE SOUSCRIPTION**



**> L'ASSURÉ** (merci de remplir votre demande en majuscules)

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Code postal : .....

Ville : .....

Pays : .....

Email obligatoire : .....

N° de tél. d'un proche en cas d'urgence : .....

**> VOTRE ASSURANCE DE VOYAGE**

Zone : Europe  Monde

Pays de destination : .....

Date de début du séjour : .....

Durée du séjour : .....

Prime totale : ..... € Joindre le règlement par chèque (montant total à régler) à l'ordre d'Assur Travel

Fait à ..... le .....

Signature : .....

SOUSCRIPTION IMPÉRATIVE AVANT LE DÉPART DE L'ASSURÉ DE SON PAYS DE RÉSIDENCE HABITUELLE

SOUSCRIPTION IMPÉRATIVE AVANT LE DÉPART DE L'ASSURÉ DE SON PAYS DE RÉSIDENCE HABITUELLE