

CONDITIONS GENERALES SCHENGEN ECONOMY (VERSION 01.01.2013)

La présente convention constitue les Conditions générales du contrat d'assurance voyage conclu entre l'assureur et l'assuré. Elle détermine les prestations d'assistance qui sont garanties à l'assuré par le contrat.

1. Définitions

Preneur d'assurance: la personne physique ou morale qui a souscrit le contrat d'assurance.

Assuré: la personne physique qui est désignée nominativement dans la police et qui a sa résidence principale et habituelle hors de l'espace Schengen.

Territorialité : les garanties sont acquises pour les séjours effectués dans l'espace Schengen.

Assureur: Inter Partner Assistance SA, compagnie d'assurances agréée sous le numéro de code 0487, représentée par **Assurit S.P.R.L.**, agréée sous le numéro de code 66062, Lummenseweg 100, 3580 Beringen, Belgique.

Evénements assurés: donnent droit aux prestations de l'assurance voyage, lorsqu'ils surviennent et ont été constatés par un médecin pendant la période de couverture:

- *un accident:* événement soudain et inattendu, provenant d'une cause extérieure et entraînant une lésion corporelle qui nécessite des soins médicaux et/ou hospitaliers urgents. La lésion doit résulter directement et uniquement de l'accident. Elle doit être indépendante de la volonté de l'assuré.
- *une maladie:* trouble sérieux, soudain et inattendu des organes ou des fonctions du corps humain, imputable à une autre cause qu'un accident et nécessitant des soins médicaux et/ou hospitaliers urgents. Elle doit être indépendante de la volonté de l'assuré.

Franchise: la somme fixée forfaitairement et restant à charge de l'assuré en cas de prise en charge d'un événement assuré.

Hôpital: établissement reconnu comme tel par la réglementation en vigueur dans l'un des Etats où l'assuré a été autorisé à entrer ou à transiter.

Médecin: personne qui, dans un des Etats liés par la décision et où l'assuré a été autorisé à entrer ou à transiter, est habilitée à pratiquer l'art de guérir selon la réglementation du pays où il exerce à titre principal.

Rapatriement pour raison médicale: retour organisé par l'assureur à destination du pays de résidence principale et habituelle de l'assuré qui est victime d'une maladie ou d'un accident, en vue d'y recevoir les soins requis par son état médical.

2. Période de couverture

Sont assurés les événements survenus durant toute la durée du séjour ou du transit de l'assuré sur le territoire du ou des Etats liés par la décision et où l'assuré a été autorisé à entrer ou à transiter. La durée du séjour ou du transit prend fin à l'expiration du nombre de jours de séjour ou de transit accordé par le visa, au plus tard à la date d'expiration de la validité du visa, après minuit ou, s'il échet, au moment où est épuisé le nombre d'entrées autorisées par le visa. La preuve de la date d'entrée sur le territoire du ou des

Etats liés par la décision et où l'assuré a été autorisé à entrer ou à transiter, incombe à ce dernier.

La police doit être conclue pour la durée réelle du voyage. Si aucune date de retour n'a encore été fixée (billet avec retour ouvert), la police doit être souscrite pour toute la durée de validité du visa, avec un maximum de 90 jours consécutifs.

Si une police a été souscrite pour une période de 360 jours, la couverture sera acquise pour un maximum 4 périodes de 90 jours consécutifs pendant une période de 364 jours. Après chaque séjour de maximum 90 jours, l'assuré doit d'abord quitter l'espace Schengen, l'Union Européenne, San Marin, les Principautés d'Andorre et de Monaco et la Cité du Vatican afin qu'une nouvelle période de couverture de maximum 90 jours ne puisse débuter.

3. Prime

La prime, taxes et cotisations incluses, est payable au comptant lors de la souscription par le preneur d'assurance. La prime est forfaitaire et acquise pour toute la durée du contrat. Elle n'est pas remboursable sauf si l'assuré fournit une preuve officielle établissant que le visa lui a été refusé. Dans ce cas, le remboursement exclut toujours les coûts de transaction, ainsi que les coûts éventuels de transfert d'argent ou de change.

4. Prestations

Sur le territoire du ou des Etats liés par la décision et où l'assuré a été autorisé à entrer ou à transiter, sont pris en charge, à hauteur d'un montant maximal de **50.000 €**, quel que soit le nombre de contrats conclus par l'assuré auprès de l'assureur et le nombre d'événements assurés survenus pendant la période de couverture, les frais et débours découlant:

- i. du rapatriement ou du transfert d'un hôpital vers un autre de l'assuré, selon les modalités ci-après. Tout rapatriement ou transfert pour raisons médicales doit être précédé de l'accord du service médical de l'assureur. A lui seul, le certificat établi sur place par le médecin soignant l'assuré ne suffit pas. Dès son accord donné, le service médical de l'assureur convient de la date, des moyens de transport et d'un accompagnement médical éventuel. L'assureur organise et prend en charge le transport au départ de l'établissement où l'assuré se trouve. Ce transport s'effectue, selon les décisions prises par le service médical de l'assureur et, le cas échéant, sous une surveillance médicale ou paramédicale constante, jusqu'à la résidence principale ou habituelle de l'assuré, ou jusque dans un établissement hospitalier proche de cette résidence dans lequel une place lui sera réservée. Seuls l'intérêt médical de l'assuré et le respect des règlements sanitaires en vigueur sont pris en considération pour arrêter la décision de transport, le choix du moyen utilisé pour ce transport et le choix du lieu d'hospitalisation éventuel. Les informations des médecins locaux ou du médecin traitant habituel aident l'assureur à prendre la décision qui paraît la plus opportune. Il est, à cet égard, expressément convenu que la décision finale à mettre en oeuvre dans l'intérêt médical appartient en dernier ressort au service médical de l'assureur, cela afin d'éviter tout conflit d'autorité médicale. Par ailleurs, dans le cas où l'assuré refuse de suivre la décision considérée comme la plus opportune par l'assureur, celui-ci est alors expressément déchargé de toute responsabilité, notamment en cas de retour de l'assuré par ses propres moyens ou encore en cas d'aggravation de son état de santé.

- ii. des soins médicaux d'urgence et/ou des soins hospitaliers d'urgence prodigués à l'assuré victime d'une maladie ou d'un accident, notamment :
- les honoraires médicaux et chirurgicaux.
 - les médicaments prescrits par un médecin.

 - les soins dentaires.

 - les frais de physiothérapie, de kinésithérapie et chiropraxie prescrits par un médecin.

 - les frais d'hospitalisation. Toutefois, la prise en charge de ces frais cesse lorsque le rapatriement de l'assuré peut avoir lieu au regard de son état de santé et que l'assuré refuse ce rapatriement ou le fait reporter pour raison de convenance personnelle.

 - les transports en ambulance, en traîneau sanitaire ou en hélicoptère, ordonné par un médecin pour un trajet local.

Une franchise de **150 €** par sinistre visé sous ii. et par personne assurée sera toujours déduite.

5. Assistance en cas de sinistre: marche à suivre

L'assuré est tenu de faire immédiatement part du sinistre à la centrale d'assistance de l'assureur, de se conformer aux instructions et de fournir tous les renseignements et/ou documents jugés nécessaires.

Vous pouvez contacter la centrale d'assistance 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, par téléphone au + 32 (0)2 552 53 96.

Préparez un maximum de données telles que:

- votre nom
- votre numéro de dossier
- votre date d'arrivée
- votre adresse dans le pays d'accueil
- le numéro de téléphone où vous pouvez être joint

6. Exclusions

Sans préjudice de l'article 5, ne sont pas couverts par l'assurance voyage:

- i. l'assuré dont le voyage a été effectué aux fins de diagnostic et/ou de traitement médical.

- ii. les examens périodiques de contrôle ou d'observation, ainsi que les frais de lunettes, verres de contact, appareillages médicaux et les achats ou réparations de prothèses.

- iii. les bilans de santé, les frais de contraception.

- iv. la médecine préventive.

- v. les cures de santé, les séjours et soins de convalescence, de rééducation et de physiothérapie.

- vi. les traitements esthétiques, diététiques ainsi que tous les frais de diagnostic ou de traitement non reconnus officiellement (homéopathie, acupuncture,...).
- vii. les vaccins et les vaccinations.
- viii. le rapatriement pour maladie ou lésion bénignes qui peuvent être traitées sur place et qui n'empêchent pas l'assuré de poursuivre son déplacement ou son séjour.
- ix. les états dépressifs et/ou les maladies mentales.
- x. les maladies, les troubles ou états pathologiques connus de l'assuré ou existantes avant le départ, ainsi que leurs conséquences (telles que les rechutes, complications ou aggravation soudaine).
- xi. les soins facultatifs ou non urgents, même s'ils sont prodigués à la suite d'une situation urgente.
- xii. le rapatriement pour transplantation d'organe.
- xiii. le diagnostic, le contrôle et le traitement d'une grossesse, sauf l'existence d'une complication nette et imprévisible avant 28 semaines.
- xiv. les accouchements et les interruptions volontaires de grossesse.
- xv. la maladie ou l'accident qui est consécutif à un usage d'alcool, de drogues, de stupéfiants ou à une consommation abusive de médicaments ou de tout autre substance non prescrite par un médecin et modifiant le comportement.
- xvi. les états consécutifs à une tentative de suicide.
- xvii. la maladie ou l'accident causé intentionnellement par l'assuré.
- xviii. la maladie ou l'accident survenu à la suite d'une activité illégale (paris, crimes, rixes, sauf en cas de légitime défense) ou non autorisée.
- xix. les sports de compétition pratiqués au niveau professionnel.
- xx. l'accident survenu aux cours d'une épreuve motorisée à laquelle l'assuré prend part en tant que concurrent ou assistant de concurrent.
- xxi. les attentats terroristes, les insurrections, les émeutes, les guerres civiles et toutes les conséquences des exclusions mentionnées ci-avant.
- xxii. les prestations pour lesquelles l'accord de l'assureur n'a pas été demandé au préalable à l'exception des frais médicaux urgents et / ou les frais consécutifs à une hospitalisation d'urgence, auquel cas la déclaration devra être introduite dans les plus brefs délais.

7. Prescription

Toute action ou créance découlant de la présente convention est prescrite après trois ans à compter de la date de l'événement qui lui a donné naissance.

8. Subrogation

L'assureur est subrogé, à concurrence des montants qu'il a payés, dans les droits et actions de l'assuré contre les tiers responsables.

L'assureur est également subrogé dans les droits et actions de l'assuré à l'égard de toute autre compagnie ou institution couvrant les mêmes risques que ceux garantis par la présente convention.

En outre, l'assureur peut, s'il échet, réclamer le remboursement de ses prestations auprès de la personne physique ou morale qui a pris en charge l'assuré à l'occasion de son séjour et vis-à-vis de laquelle l'assuré déclare présentement se porter fort.

9. Tribunaux compétents

Tout litige relatif à la présente convention relève de la compétence exclusive des cours et tribunaux de Bruxelles.

10. Protection de la vie privée

Conformément à la loi du 08 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée, l'assuré, dont les données à caractère personnel sont collectées ou enregistrées dans une ou plusieurs banques de données de l'assureur, est informé de ce que:

- i. le Maître des fichiers est **Assurit S.P.R.L.**, agréée sous le numéro de code 66062, Lummenseweg 100, 3580 Beringen, Belgique.
- ii. Les données à caractère personnel concernant le client qui sont communiquées à l'assureur, pourront dans le cadre de ce contrat à des fins de gestion d'assurance, gestion de la clientèle, lutte contre la fraude, sont traitées par :
 - Inter Partner Assistance S.A., Avenue Louise 166/1, à 1050 Bruxelles.
 - AXA Business Services Private Limited, Residency Road 16/2, 560025 Bangalore, Inde.
- iii. la finalité de ces fichiers est d'identifier l'assuré, de gérer les contrats et les assistances, de même que d'optimiser les relations avec la clientèle existante.
- iv. toute personne justifiant de son identité peut obtenir sans frais communication des données qui la concernent; elle peut en outre obtenir la rectification ou la suppression de toutes données à caractère personnel qui, compte tenu du but du traitement, serait incomplète ou non pertinente.
- v. la personne concernée adresse à cette fin une demande datée et signée auprès du service «Clients» de l'assureur. Elle peut en outre consulter le registre public des traitements automatisés de données à caractère personnel qui est tenu à la Commission de la Protection de la vie privée.
- vi. Les personnes ayant accès à ces données à caractère personnel sont les collaborateurs d'Assurit, d'Inter Partner Assistance et d'AXA Business Services.

L'assuré consent à ce que l'assureur traite les données médicales ou sensibles qui concerne sa personne, et cela dans la mesure nécessaire à la poursuite des finalités d'utilisation qui suivent: la gestion de l'assistance, la gestion des frais et décomptes de l'assistance et la gestion d'un éventuel contentieux.