



Globi insurance Pegasus – Police PE

est. 1893
GROUPECASIER
Embrace change to prosper

Votre courtier
Group Casier Risk & Insurance cvba
E-3 plein 3
9050 Ledeborg
Tel : 09/231 25 25 – Fax : 09/231 26 92

(Uniquement) en cas d'hospitalisation ou situation de risque vital:

help@expatinsurance.eu

Tel. +32 (0)2 669 08 80

Dans tous les autres cas:

info@expatinsurance.eu (polices)
claims@expatinsurance.eu (sinistres)

Assesteenweg 65
BE- 1740 Ternat
Tel.+32 (0)2 463 04 04

GLOBI INSURANCE Pegasus

Guide des prestations

Cette liste de prestations et d'options fait partie de la police.

Couverture maximale par personne, par an/voyage.

Module 1 - Frais de traitement médical

	BASIC	COMPREHENSIVE
• Frais de traitement médical	150 000 € / an	300.000 € / an
• Hospitalisation en chambre semi-privée à la suite d'un accident ou d'une maladie, max. 365 jours consécutifs	100%	100%
• Frais de traitement ambulatoire en cas d'accident ou de maladie	100%	100%
• Physiothérapie limitée à (plus est possible après accord écrit préalable de l'assureur)	12 séances	12 séances
• Soutien psychologique de première ligne	Non couvert	Plate-forme en ligne
• Aide psychologique (y compris thérapie PNL et EMDR) après un traumatisme	3 visites	5 visites
• Psychothérapie sur prescription médicale, limitée à (plus est possible après accord écrit préalable de l'assureur)	12 séances	12 séances
• Médicaments sur ordonnance (les médicaments disponibles sans ordonnance ne sont pas couverts)	100%	100%
• Traitement de suivi après le rapatriement dans le pays d'origine	max. 1 mois	max. 6 mois
• Extension de la couverture après le retour dans le pays d'origine possible en l'absence de droit à la sécurité sociale	max. 3 mois	max. 6 mois
• Grossesse et accouchement (après une période d'attente d'1 an) - y compris le nombre maximum de contrôles et d'échographies	max. 5 000 5 contrôles, y compris 3 échos	max. € 10.000 7 contrôles, y compris 4 échos
• Soins dentaires urgents (par exemple, plombages, réparation de dents cassées, traitement de canal radiculaire) max. 250 € / demande (max. 75 € / demande si aucun contrôle dentaire annuel n'a été effectué au cours des 12 derniers mois)	400 € / an	800 € / an
• Examen dentaire annuel (après une période d'attente d'1 an)	€ 75	€ 75
• Chirurgie dentaire suite à un accident	100%	100%
• Vaccinations obligatoires pour le séjour à l'étranger (après une période d'attente de 6 mois)	OUI	OUI
• Soins de santé préventifs (après une période d'attente de 6 mois)	75 %, max. 250 € / an	75 %, max. 250 € / an
• Transport urgent à l'hôpital par ambulance, hélicoptère ...	100%	100%
• Franchise / année pour les maladies et les soins préventifs	€ 100	€ 50

Module 2 - Assistance à l'étranger

	BASIC	COMPREHENSIVE
• Rapatriement ou évacuation sanitaire (y compris le billet de retour dans les 90 jours suivant le rapatriement/évacuation)	100%	100%
• Rapatriement en cas d'agression/acte terroriste/catastrophe naturelle	100%	100%
• Rapatriement des autres membres de la famille assurés en cas de rapatriement/évacuation de l'un des adultes	100 %	100%
• Gardien des enfants assurés < 16 ans en cas de rapatriement/évacuation de l'un des adultes	100%	100%
• En cas de décès, transport de la dépouille mortelle jusqu'au lieu choisi par la famille du défunt	100%	100%
• Frais d'obsèques (y compris les frais d'embaumement et le cercueil)	€ 1.250	€ 1.250
• Retour anticipé en cas de décès ou d'état critique d'un proche(*)	voyage aller-retour(*)	aller-retour(*)
• Visite de compassion d'un proche parent en cas d'hospitalisation de l'assuré dans un état médical critique (*)	aller-retour(*)	aller-retour(*)
• Prolongation du séjour pour cause d'accident ou de maladie(*)	max. 10 jours(*)	max. 10 jours(*)
• Envoi d'un remplaçant (uniquement dans les polices collectives)(*)	Non couvert	aller-retour(*)
• (*) Les frais de voyage et d'hébergement sont limités à un total de	7 500 euros	7 500 euros
Hébergement :	max. 75 € par pers. par jour, max. 10 jours	max. 75 € par pers. par jour
Billets :	classe économique	classe économique
• Recherche et sauvetage	€ 12.500	€ 25.000
• Transmission de médicaments essentiels / applications médicales / messages urgents	Frais réels	Frais réels
• Assistance en cas de vol/perte de documents de voyage et d'identité	Frais réels	Frais réels
• Assistance juridique à l'étranger	€ 2.500	€ 5.000
- avance du dépôt de garantie	€ 12.500	€ 25.000
• Assistance linguistique en cas de sinistre couvert	100%	100%

OPTIE 1 - Accidents

	BASIC	COMPREHENSIVE
Incapacité permanente due à un accident	€ 50.000	€ 100.000
Décès par accident	€ 5.000	€ 25.000

OPTIE 2 - Bagages (toujours en 2nd rang après la compagnie de transport) & Contenu

(Cette assurance est placée auprès d'un assureur européen, qui peut être un assureur non agréé dans certains pays hors d'Europe.

Cette assurance n'est pas valable aux États-Unis pour le contenu).

	BASIC	COMPREHENSIVE
• Bagages	€ 1.500	€ 1.500
• Contenu	€ 5.000	€ 5.000
Maxima par article :		
Appareils photographiques, cinématographiques, vidéo, sonores et informatiques, par article, y compris les accessoires	€ 500	€ 500
bijoux, montres, par article	€ 150	€ 150
appareil de télécommunication mobile	€ 150	€ 150
Lunettes (de soleil) avec monture, lentilles de contact	€ 150	€ 150
matériel de sport (planches de surf, skis, bicyclettes, etc.), par article, y compris les accessoires	€ 250	€ 250
instruments de musique	€ 250	€ 250
tentes	€ 250	€ 250
Documents d'identité et de voyage	€ 150	€ 150
• Achat de vêtements de première nécessité et d'articles de toilette en cas de retard des bagages d'au moins 1 nuit	€ 350	€ 350
• Franchise par sinistre : (sauf retard de bagages et documents d'identité et de voyage)	€ 100	€ 100

OPTIE 3 - Responsabilité civile privée et R.C. locataires (non disponible pour les entreprises américaines)

	BASIC	COMPREHENSIVE
• Limite annuelle globale	€ 5.000.000	€ 5.000.000
• Dommages physiques	€ 5.000.000	€ 5.000.000
• Dommages matériels	€ 1.000.000	€ 1.000.000
• Dommages aux biens empruntés	€ 2.500	€ 2.500
Pour les États-Unis et le Canada : Dommages physiques et matériels combinés		
(en totalité et y compris les frais d'avocat de la contrepartie. Les dommages-intérêts punitifs ou exemplaires sont exclus)	€ 1.000.000	€ 1.000.000
Responsabilité des locataires	inclus	inclus
Franchise par sinistre	€ 100	€ 100

GLOSSAIRE ET CONDITIONS GÉNÉRALES

GLOSSAIRE

Ce glossaire est un guide qui *vous* permet de comprendre la terminologie utilisée. Tous les mots qui apparaissent en *italique* dans les conditions générales sont expliqués ici.

1. L'ASSURANCE

Le libellé de la police (y compris le présent glossaire et le guide des prestations) et *les conditions particulières* représentent ensemble *l'assurance* avec le *souscripteur* et définissent les conditions d'*assurance*.

Le formulaire de demande et le questionnaire médical font également partie de cette *assurance*. Ces documents doivent être lus ensemble pour éviter tout malentendu. En revanche, les brochures promotionnelles ne font pas partie de *l'assurance*.

2. CONDITIONS PARTICULIÈRES ET CERTIFICAT PERSONNEL

Dans *les conditions particulières*, vous trouverez les détails spécifiques de *l'assurance* convenue, concernant *le client*, la période d'assurance, la prime, la *franchise*, la *date d'entrée en vigueur*, etc... De nouvelles *conditions particulières* seront fournies après chaque modification de *l'assurance*.

Dans *le certificat personnel*, vous trouverez les détails spécifiques de *l'assurance* convenue, concernant *les personnes assurées*, la période d'assurance, la *date d'entrée en vigueur*, la *zone de couverture*, etc... Un nouveau *certificat personnel*

sera fourni après chaque modification de *l'assurance*.

Une police peut comporter plusieurs certificats *personnels* (1 par *personne assurée*).

3. MODULES ET OPTIONS

Sauf mention contraire, chaque *assurance* comporte plusieurs *modules* qui peuvent être suivis séparément ou combinés.

Chaque *module* traite une branche différente de *l'assurance*.

Par *module*, il peut y avoir des couvertures obligatoires et des couvertures optionnelles. *Les options* ne peuvent être souscrites qu'en complément de la couverture de base obligatoire. Le choix de la (des) couverture(s) sera mentionné dans *les conditions particulières de la police*.

4. L'ASSUREUR/LE SOUSCRIPTEUR/LE NOUS/LE NÔTRE :

Sauf mention contraire dans *les conditions particulières*, cette police est souscrite par l'"Assureur" suivant :

Inter Partner Assistance S.A (BE) - BE0 415 591 055, Bd du Régent 7, 1000 Bruxelles, BELGIQUE, agréé pour Accident & Santé, Assistance, Bagages, Responsabilité civile générale, Assistance juridique. Inter Partner Assistance est membre du Groupe AXA Partners.

La police et les demandes d'indemnisation sont gérées par : L'"Administrateur" Expat & Co B.V.B.A.

Assesteenweg 65, 1740 Ternat, BELGIQUE. Agréé pour toutes les branches à l'exception de *l'assurance-vie*. Numéro de licence belge BE0 457 352 624, et autorisé à travailler dans tous les pays de *l'Espace économique européen (EEE)*.

L'assureur et *l'administrateur* sont également appelés "*souscripteurs*", l'administrateur jouant le rôle de premier contact.

5. CENTRALE D'ALARME

Les prestations d'assistance sont assurées par *l'assureur*. L'organisation et l'exécution de ces prestations peuvent être confiées à une société d'assistance tierce, appelée également "*Centrale d'alarme*".

6. NETWORK MANAGER (US uniquement)

Le network manager négociera avec les réseaux de fournisseurs de services et les fournisseurs de services individuels pour limiter les coûts en faveur de *la personne assurée* et du *souscripteur*. Vous trouverez le nom et les coordonnées du *network manager* sur *votre carte d'assurance* personnelle.

7. CLIENT

La personne physique ou morale identifiée comme *le client* dans *les conditions particulières* de la police, qui souscrit *l'assurance* et qui paie la prime. *Le client* ne peut jamais être une organisation ou une entreprise basée aux États-Unis.

8. ASSURÉ/VOUS/VOTRE

La personne physique, identifiée comme *personne assurée* dans la présente police et qui :

- est âgé de moins de 70 ans au moment de la souscription de *l'assurance* (sauf acceptation contraire du *souscripteur*) ;
- est âgé de moins de 75 ans ;
- a la nationalité d'un État membre de *l'Europe* (voir glossaire, point 43), a son *pays d'origine* en *Europe* et se rend à *l'étranger* ;
- ou est de nationalité non-européenne, a son *pays d'origine* en dehors de *l'Europe* et se rend en *Europe*. Le non-Européen n'est couvert que pendant son séjour en *Europe*,

Si *l'option "souscription familiale"* est choisie, les personnes suivantes sont également considérées comme des *assurés* :

- le partenaire légal de *l'assuré* principal.
- les enfants de *l'assuré* principal et/ou du partenaire, qui sont encore célibataires et non mariés et fiscalement à charge de *l'assuré*.

Ces *assurés* secondaires doivent également figurer dans l'annexe de la police.

9. BÉNÉFICIAIRE

La personne, identifiée comme le *bénéficiaire* dans *les conditions particulières*, à laquelle une prestation est payable sur la base de cette *assurance*.

10. BÉNÉFICIAIRE EN CAS DE DÉCÈS

La personne (ou le groupe de personnes) mentionnée dans *les conditions particulières* de la

police à laquelle la prestation assurée est payable en cas de décès de *la personne assurée* au cours de la période d'*assurance*. Les paiements de prestations doivent être confirmés par *l'assureur*.

11. PROCHES PARENTS

Conjoint/compagnon, enfants/parents (-belle-famille), frères/sœurs (-belle-famille), grands-parents/petits-enfants (-belle-famille), autres personnes avec lesquelles *la personne assurée* vit à la même adresse de manière permanente.

12. TIERCE PARTIE :

Toute autre personne qui n'est pas *l'assuré*, un membre de sa famille ou son employeur.

13. DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR/JOUR DE PRISE D'EFFET

La date indiquée dans *les conditions particulières* ou *le certificat personnel* à laquelle *l'assurance* prend effet ou à laquelle une modification entre en vigueur.

14. ANNÉE D'ASSURANCE :

- La période comprise entre *le jour de prise d'effet de l'assurance* et le premier anniversaire de ce *jour de prise d'effet*.
- La période entre deux anniversaires du *jour d'entrée en vigueur* ;
- La période comprise entre le dernier anniversaire du *jour de prise d'effet* et la fin de *l'assurance*.

15. DATE DE RENOUELEMENT/DATE D'ÉCHÉANCE

La date à laquelle la police est tacitement renouvelable et la prime annuelle est due, qui coïncide dans la plupart des cas avec la date anniversaire de *la date d'entrée en vigueur*.

16. PÉRIODE D'ATTENTE

Période, à compter de *la date de prise d'effet de l'assurance* par *la personne assurée*, pendant laquelle *l'assurance* n'offre aucune couverture, sauf indication contraire.

17. FRANCHISE

Il s'agit du montant réel des frais à la charge de *l'assuré*, indiqué dans *les conditions particulières* de la police ou dans *le guide des prestations*, qui sera déduit du remboursement de *la personne assurée*. Pour les frais médicaux, cette *franchise* est appliquée annuellement. Pour les autres garanties, cette *franchise s'applique* par sinistre, sauf indication contraire.

18. COPAIEMENT

Le pourcentage des frais, indiqué dans *les conditions particulières* ou *le guide des prestations*, qui sera déduit du remboursement à *la personne assurée*. Cette quote-part s'applique à chaque demande de remboursement, sauf indication contraire.

19. ACCIDENT

Toute force soudaine et inattendue d'origine externe, affectant ou influençant le corps de *la personne assurée*, et causant directement une

blessure physique médicalement diagnostiquée à *la personne assurée*. Un *accident* comprend également les événements suivants :

- intoxication *aiguë* provoquée par l'inhalation soudaine et involontaire de gaz, de vapeurs, de substances liquides ou solides, autres que des médicaments ou des allergènes ;
- l'absorption involontaire et soudaine de substances ou d'objets dans le système digestif, le système respiratoire, les yeux ou les oreilles, provoquant des lésions internes ;
- *Maladie* ou réaction allergique directement causée par une chute involontaire dans l'eau ou dans toute autre substance, ou par le fait de sauter dans l'eau pour tenter de sauver des personnes, des animaux ou des biens ;
- les entorses, luxations et ruptures des tissus musculaires et tendineux, à condition que ces lésions aient été causées soudainement et que leur nature et leur localisation puissent faire l'objet d'un diagnostic médical ;
- suffocation, noyade, congélation, insolation, coup de chaleur ;
- l'épuisement, la famine, la déshydratation et les coups de soleil dus à des circonstances imprévues ;
- les complications ou l'aggravation de la blessure résultant directement des premiers soins ou des traitements médicaux nécessaires après *l'accident*.
- les dommages corporels résultant d'agressions ou d'atteintes à la vie de *l'assuré*, de vols, d'attouchements, sauf s'il est prouvé que *l'assuré* a participé activement aux activités dont

il est victime, que ce soit en tant qu'auteur ou en tant qu'instigateur.

Ne sont pas considérés comme *des accidents* au sens de la présente *assurance* :

- le développement et/ou l'apparition de toute forme de hernie dorsale, de quelque manière que ce soit ;
- la contamination de l'organisme de *l'assuré* par le syndrome d'immunodéficience acquise (virus du SIDA), sauf à la suite d'une blessure par piqûre d'aiguille ou dans le cadre d'une tentative de sauvetage d'êtres humains.

20. MALADIE

Aux fins de la présente *assurance*, on entend par *maladie* toute altération involontaire de la santé pouvant être médicalement constatée. Les éléments suivants sont *exclus* :

- *Les maladies, accidents* et/ou défauts (congénitaux ou autres) qui existent avant ou à *la date d'entrée en vigueur* de *l'assurance* et dont *le client* ou *l'assuré* devrait avoir connaissance à ce moment-là ou dont il est susceptible d'avoir eu connaissance parce que les symptômes de *la maladie* ou du défaut s'étaient déjà manifestés. Cette disposition s'applique également en cas de remise en vigueur de *l'assurance* après une période de suspension. Néanmoins, les personnes atteintes de *maladies chroniques* préexistantes peuvent être couvertes pour des soins médicaux à la suite de crises soudaines ou d'aggravation de *la maladie*,

à condition qu'elles puissent prouver, sur la base d'un rapport de leur *médecin* traitant, *avant la date d'entrée en vigueur de l'assurance*, qu'elles peuvent fonctionner normalement, tout en suivant un traitement ou une thérapie régulière. Dans tous les cas, ce traitement ou cette thérapie régulière n'est pas remboursable. La couverture peut également être refusée s'il est prouvé que la crise ou l'aggravation est due à la non-fidélité au traitement/thérapie, aux conseils du *médecin* ou à une mauvaise utilisation des médicaments.

- les traitements esthétiques ou similaires ;
- sauf mention contraire, *les maladies* mentales ou nerveuses, les névroses, les psychoses, les cures de repos ou traitements similaires nécessitant un séjour dans une institution psychiatrique, dans un service psychiatrique d'*un hôpital* ou dans une autre institution qui est principalement une maison de repos, une maison de convalescence ou une institution similaire spécialisée dans le traitement des alcooliques, des toxicomanes, des *malades* mentaux ou des personnes âgées. Toutefois, les troubles mentaux non permanents et non *chroniques* seront couverts ;
- *les maladies* professionnelles pour lesquelles une indemnité est versée en vertu de la législation applicable aux *maladies* professionnelles ;
- attribuable à la contamination de l'organisme de *l'assuré* par le syndrome d'immunodéficience acquise (virus du SIDA), quelles qu'en soient les conséquences, non causée par une blessure par

piqûre d'aiguille ou dans le cadre d'une tentative de sauvetage d'êtres humains ;

- *Les maladies* pour lesquelles le traitement peut être reporté, sur justification médicale, jusqu'au retour de *l'assuré* dans son *pays d'origine*.

21. MALADIE AIGUË

Une maladie ou un état de santé qui est temporaire et qui est jugé curable par un traitement.

22. MALADIE CHRONIQUE

Une maladie ou un état de santé permanent qui n'est pas (encore) curable par un traitement.

23. ÉTAT DE SANTÉ CRITIQUE

Un état de santé qui met la vie en danger et qui nécessite un *transport* immédiat vers *un hôpital*.

24. CAISSE DE MALADIE

Assureur public, mutuel ou privé, autorisé à fournir le régime d'assurance maladie de l'administration locale.

N'est pas considéré comme *un caisse de maladie* : Les services nationaux de santé (NHS), les institutions gouvernementales ou municipales qui fournissent des soins en nature.

25. HÔPITAL

Un établissement légalement autorisé en tant qu'*hôpital*/clinique médicale ou chirurgicale.

26. MÉDECIN

Une personne physique dûment qualifiée et légalement autorisée à pratiquer la médecine dans le pays où le traitement est dispensé. *Le médecin* doit exercer dans le cadre de sa licence et de sa formation. Si *l'assuré* fait appel à des personnes légalement autorisées à exercer la médecine dentaire dans le pays où il a été fait appel à leurs services, ces personnes sont également considérées comme *des médecins*.

27. THERAPEUTE

Personne physique dûment qualifiée et légalement autorisée à pratiquer certaines thérapies dans le pays où le traitement est dispensé. *Le thérapeute* doit exercer dans le cadre de sa licence et de sa formation.

28. TRAITEMENT HOSPITALIER / HOSPITALISATION

Chirurgie ou traitement médical dans *un hôpital* ou une clinique lorsqu'il est médicalement nécessaire d'occuper un lit au moins pendant une nuit.

29. TRAITEMENT DE JOUR OU SOINS DE JOUR

Chirurgie ou traitement médical dans *un hôpital* ou une clinique où il est médicalement nécessaire d'occuper un lit, mais pas d'y passer la nuit.

30. TRAITEMENT AMBULATOIRE

Chirurgie ou traitement médical lorsqu'il n'est pas médicalement nécessaire d'occuper un lit dans *un hôpital* ou une *clinique de jour*.

31. THÉRAPIE PNL ET EMDR

Thérapie psychologique dispensée par *un psychothérapeute* qualifié et légalement autorisé à suivre la théorie de la "programmation neurolinguistique" et/ou de la "désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires".

32. MÉDICAMENTS SUR ORDONNANCE ET EN VENTE LIBRE

Médicament dont la vente et l'utilisation sont légalement limitées à l'ordonnance d'*un médecin généraliste*, d'*un médecin spécialiste* ou d'*un obstétricien*.

Les médicaments en vente libre (OTC) sont le contraire *des médicaments sur ordonnance*. Ceux-ci ne sont pas éligibles à une indemnisation, par exemple :

- *des médicaments en vente libre* (par exemple, des analgésiques, des gouttes pour le nez...)
- des produits réparateurs et nutritionnels ;
- les produits amincissants ;
- toniques, vins médicinaux, produits à base de foie de morue et d'huile de poisson ;
- les produits vitaminés ;
- laxatifs ;
- les cosmétiques.

33. CONTENU

Les articles ménagers, le mobilier et tous les autres biens personnels, les installations du locataire, qui sont la propriété ou la responsabilité légale de *l'Assuré* ou de tout membre permanent de son ménage.

34. BAGAGE

Biens et effets personnels appartenant à l'*Assuré* ou loués par lui et l'accompagnant dans son voyage. Les véhicules loués ne sont pas considérés comme *des bagages*.

35. LES DOCUMENTS DE VOYAGE

Passeport, permis de conduire, carte de tourisme, billets ou autres *documents de voyage* pour lesquels aucun duplicata ne peut être délivré.

36. ARGENT/VALEUR

Espèces, billets de banque, chèques, chèques de voyage, bons et coupons de taxe d'aéroport.

37. RESPONSABILITE NON CONTRACTUELLE

Toute responsabilité qui n'est pas liée à un contrat.

38. RESPONSABILITÉ CONTRACTUELLE

Toute responsabilité liée à un contrat.

Par exemple : la responsabilité du locataire est contractuelle car elle est liée à un contrat de bail.

39. ZONE DE COUVERTURE

La zone géographique bien définie, mentionnée dans *le certificat personnel*, où la couverture est accordée pour les sinistres survenant dans cette zone.

40. PAYS D'ACCUEIL / PAYS DE DESTINATION

Le *pays de destination* (temporaire) de la *personne assurée*. Il peut s'agir de tous les pays en dehors du *pays d'origine*, en tenant compte de *la zone de couverture*.

41. PAYS D'ORIGINE

Le pays que le *client* a déclaré comme tel sur le formulaire de demande et dont il est titulaire d'un passeport ou d'une carte d'identité.

42. PAYS ÉTRANGER/ÉTRANGER

Tous les pays en dehors du *pays d'origine*.

43. EUROPE

Les pays de l'UE, élargis aux pays de l'AELE (Islande, Norvège et Liechtenstein), et la Suisse.

44. EEE + CH

- tous les États membres de l'UE
- tous les États membres de l'AELE
- la Suisse
- Les territoires d'outre-mer des pays de l'EEE ne sont pas considérés comme des *EEE+CH*.

45. LIEN EUROPÉEN

Le *client* et/ou la/les *personne(s) assurée(s)* doit/doivent :

- être titulaire d'un passeport d'un État *membre de l'EEE*;
- ou résider dans l'EEE;
- ou être employé par une entreprise-*client de l'EEE*.

Les personnes Suisses/UK ne peuvent être acceptés que s'ils résident en dehors de la Suisse/du Royaume-Uni au *moment de la prise d'effet* de la police.

46. RÉSIDENT/LOCAL

Un *résident* ou une personne *locale* est une personne qui réside en permanence dans un pays donné.

47. LES NAVETTEURS INTERNATIONAUX

Un *navetteur international* est une personne qui travaille dans un pays autre que son *pays* de résidence ou d'origine, et qui fait donc régulièrement la navette (au moins une fois par jour ou par semaine) entre les deux pays.

48. EXPATRIÉ/EXPAT/INPAT/TCN

Un *expatrié* est une personne qui vit, de façon non permanente, et travaille principalement dans un pays autre que son *pays d'origine*.

49. IMMIGRANT/ÉMIGRANT

Un *immigrant* ou un *émigrant* est une personne qui vit, de manière permanente, et travaille principalement dans un pays autre que son *pays d'origine*. En raison de leur caractère permanent, ils seront considérés comme des *résidents/locaux*.

50. NOMAD NUMÉRIQUE

Un *nomade numérique* est une personne indépendante de tout lieu et qui travaille à distance. Elle reste domiciliée dans son *pays d'origine*, mais est la plupart du temps en déplacement.

51. HIBERNATEURS

Un *hibernant* est une personne qui vit entre deux pays, principalement pour des raisons climatiques.

Elle reste domiciliée dans son *pays d'origine*, mais vit en grande partie à *l'étranger*.

CONDITIONS GÉNÉRALES COMMUNES À TOUS LES MODULES ET OPTIONS

Ces conditions décrivent des éléments qui s'appliquent à tous *les modules* et à toutes les *options*.

Il existe *un module* distinct pour chaque type d'assurance.

Art. 1. Ce qu'il faut savoir sur la mise en place de l'assurance.

1.1. Versions, modules et options

L'assurance comporte deux versions possibles parmi lesquelles le *client* peut choisir : la version 'Basic' ou la version plus complète 'Comprehensive'. Le choix du *client* est indiqué dans *les conditions particulières* de la police.

La police peut se présenter sous la forme d'une couverture intégrale (Full Cover) ou d'une couverture complémentaire (Top-Up) : Une couverture intégrale signifie que l'ensemble de la couverture des soins médicaux (*module 1*) est accordée par l'assureur dès le 1er euro (à l'exception de *la franchise* annuelle). Une couverture complémentaire ne rembourse qu'en second lieu, après que *la Caisse de maladie* à laquelle l'assuré s'est adressé a d'abord remboursé sa part des frais.

La police peut être étendue avec les *options* suivantes :

OPTION 1 : "Assurance accident".

OPTION 2 : "Assurance bagages

OPTION 3 : "Responsabilité civile privée et Responsabilité civile des locataires".

Les options ne peuvent être souscrites qu'en complément de la version Basic ou de la version Comprehensive.

1.2. Qu'est-ce qui est couvert ?

Cette *assurance* couvre *la personne assurée* conformément aux conditions mentionnées dans *les conditions particulières*, dans la mesure et les limites décrites dans le guide des prestations.

1.3. Où êtes-vous couvert ?

L'assurance couvre la zone choisie. *Le pays d'origine* n'est pas couvert, sauf mention spécifique.

Néanmoins, il y aura des limitations ou des exclusions spéciales, et une prime spéciale pour certaines garanties aux États-Unis ou dans les zones à risque. Si les États-Unis ou la zone à risque ne sont pas indiqués sur la proposition, il n'y a pas de couverture dans ces régions.

Notez que dans certains pays sanctionnés, *nous* ne pouvons pas garantir les mêmes services que dans d'autres pays non sanctionnés, en raison des possibilités limitées et des problèmes de paiement.

1.4. Franchises

Les *franchises* mentionnées dans le guide des prestations s'appliquent par sinistre, sauf pour les soins médicaux où elles s'appliquent par *année d'assurance*.

Art. 2. Quand la police commence-t-elle et quand prend-elle fin ?

L'assurance prend effet à *la date d'entrée en vigueur* mentionnée dans *les conditions particulières* ou *le certificat personnel* à 00h00 (mais pas avant la date de paiement de la première prime), pour la période mentionnée.

Si l'assurance est conclue pour une période initiale de plus d'un an, la police sera tacitement renouvelable à *la date d'échéance* annuelle, pour des périodes successives d'un an.

La police prend fin à la date de fin officielle indiquée dans *les conditions particulières*, à 24 heures.

La couverture de *la personne assurée* commence au moment où elle quitte son lieu de résidence habituel dans *le pays d'origine* pour se rendre à sa *destination* à l'étranger (mais pas avant la *date de début* mentionnée dans son *certificat personnel* à partir de 00h00) et se termine définitivement le jour spécifié sur *le certificat personnel* comme date d'expiration finale ou aussitôt que le retour de l'assuré dans son *pays d'origine* ou à son domicile (mais pas plus tard que la date de fin officielle mentionnée dans son *certificat personnel* à 24h00).

Après le retour définitif de l'assuré dans son *pays d'origine* ou à son domicile, la couverture relative au *module 1* reste applicable jusqu'à un maximum de 6 mois après la date de retour pour le traitement de suivi *des maladies* et blessures couvertes survenues pendant la période de voyage assurée.

Après le retour définitif de *l'assuré* dans son *pays d'origine* ou son domicile, la police peut être prolongée de 6 mois au maximum si *l'assuré* n'a pas droit à la sécurité sociale locale.

Art. 3. Comment la police peut-elle être résiliée ?

3.1. Par *le client* :

La police peut être résiliée par lettre de résiliation écrite ou par courrier électronique, **avec accusé de réception** :

- dans un délai de 2 mois à compter de la date de conclusion de la police avec un préavis de 8 jours.
- au moins 6 semaines avant *le jour du renouvellement*.
- en cas d'augmentation de la prime ou de modification des conditions, avec un préavis de 8 jours.
- par d'autres moyens spécifiés dans la loi n° 40/1964 Coll. sur le code civil (SK), telle que modifiée.

Le souscripteur se réserve le droit de refuser l'annulation si les certificats d'assurance ont été utilisés pour une demande officielle de visa, de permis de séjour ou de travail.

En cas de décès du *client*, les éventuelles autres *personnes assurées* peuvent résilier *l'assurance*, ou la poursuivre à leur nom, en envoyant une lettre ou un courriel, **avec accusé de réception**, dans les 30 jours suivant le décès.

Le souscripteur se réserve le droit d'accepter ou non d'autres options d'annulation dans des situations spécifiques.

3.2. Par *l'assureur* :

La police peut être résiliée par lettre de résiliation écrite ou par courrier électronique avec accusé de réception :

- dans un délai de 2 mois à compter de la date de conclusion de la police avec un préavis de 8 jours.
- au moins 6 semaines avant *le jour du renouvellement*.
- par d'autres moyens spécifiés dans la loi n° 40/1964 Coll. sur le code civil (SK), telle que modifiée.

Le souscripteur a également le droit d'annuler *l'assurance* en cas de non-paiement, conformément à la procédure décrite à l'article 4.2..

3.3. Devez-vous signer *votre assurance* ?

Les assurances **des personnes morales** doivent être signées et renvoyées par voie électronique ou par courrier dans les 30 jours suivant *la date d'entrée en vigueur*. Les assurances non signées peuvent perdre leur caractère renouvelable, ce qui signifie que *le souscripteur* se réserve le droit de renouveler automatiquement *l'assurance* ou non.

Art. 4. Paiement de la prime

4.1. Paiement des primes en général

Les primes sont déterminées par *le souscripteur* et sont payables, sauf mention contraire, à l'avance, y

compris les éventuelles taxes (locales) sur les primes et les contributions, le cas échéant.

La prime initiale est due à *la date d'entrée en vigueur* telle que stipulée dans *les conditions particulières* de la police.

Le client peut choisir entre des paiements trimestriels, semestriels et annuels. Les primes trimestrielles représentent 25,75 % des primes annuelles [+3%]. Les paiements semestriels représentent 51% des primes annuelles [+2%].

La prime doit être payée dans les 30 jours suivant sa *date d'échéance*.

Le paiement de la prime est possible par virement bancaire ou par carte de crédit.

Le souscripteur se réserve le droit d'ajuster les primes une fois par an à compter de la *date de renouvellement* :

- sur la base de l'inflation (médicale)
- sur la base d'éventuels changements de couverture ;
- sur la base de l'expérience des sinistres au cours des années civiles précédentes (par exemple, en raison de l'augmentation des prix des soins médicaux) ;
- en cas d'introduction ou de modification de la législation ou des taxes qui influencent cette *assurance*. Ceci en relation avec la modification de la législation concernée et ses conséquences financières pour *le souscripteur*, et après en avoir informé *le client*.

En cas de retour anticipé, le solde de la prime sera remboursé au *client*. Aucune restitution de prime inférieure à 25 EUR ne sera effectuée.

4.2. Que faire en cas de non-paiement ou de paiement tardif ?

Le client est responsable du paiement ponctuel de la prime à l'*administrateur*.

Si une prime n'est pas reçue par l'*administrateur* à la date d'échéance, l'*administrateur* envoie un courrier électronique et, en Europe, une lettre recommandée à la dernière adresse (électronique) connue du *client*.

1 mois après l'envoi de cet e-mail ou de cette lettre recommandée, l'*assureur* a le droit de suspendre ou d'annuler l'*assurance* si la prime n'a toujours pas été reçue. Toute suspension ou annulation de la police pour non-paiement prendra effet à l'expiration du délai susmentionné.

Le client reste responsable de tout montant dû (primes, intérêts et frais). La couverture d'une police suspendue ne reprendra que lorsque tous les montants dus auront été reçus et acceptés par l'*administrateur*, dans le respect des dispositions des éventuelles clauses spéciales des conditions générales ou des conditions particulières de la police. Il n'existe aucun droit à une quelconque prestation pour le remboursement d'un dommage survenu pendant la période de suspension de l'*assurance*.

Art. 5. Qu'est-ce qui n'est pas couvert ? (Exclusions générales communes à tous les modules)

Sauf indication contraire, l'*assurance* ne couvre pas les dommages ou les dépenses causés par, ou résultant de :

5.1. Conditions préexistantes

Conditions existant avant la date de prise d'effet de l'*assurance* ou dont on pouvait raisonnablement s'attendre, à la date de prise d'effet de l'*assurance* ou avant, à ce qu'elles surviennent au cours de la période couverte par l'*assurance*.

Toute maladie, blessure, infirmité corporelle ou incapacité physique et ses conséquences, qui sont apparues ou ont présenté des symptômes avant la conclusion de la police.

5.2. Risque de guerre/terrorisme

Participation active, directe ou indirecte, à une guerre (civile), une invasion, des émeutes, des lock-out, des actes d'un ennemi étranger, des hostilités (que la guerre soit déclarée ou non), des troubles civils, une rébellion, une révolution, une insurrection, un acte de terrorisme, une puissance militaire ou occupante ou tout acte illégal.

L'aide médicale ou technique apportée aux parties combattantes sera considérée comme une participation.

Si l'*assuré* est victime d'actes de guerre et de terrorisme sans que ni lui ni ses bénéficiaires n'aient participé activement à ces actes, l'*assuré* est

couvert pour les frais médicaux et d'assistance dans les limites mentionnées dans le guide des prestations.

Sauf indication contraire, les autres garanties ne sont pas valables lorsque l'*assuré* voyage à destination ou en provenance d'un pays ou d'une partie d'un pays publiquement connu comme étant en état de guerre ou de guerre civile au moment où les dommages causés à l'*assuré* ou à ses biens se produisent, ou lorsqu'il réside dans un tel pays ou une telle partie de pays.

Si l'*assuré* est confronté à la survenance soudaine et imprévue d'une nouvelle guerre ou de situations et d'actes de guerre, la couverture de l'*assurance* reste valable pendant 14 jours à compter du début des hostilités. Après ces 14 jours possibilité de s'échapper il n'y aura plus de couverture dans les zones de guerre, sauf indication contraire.

Lorsque vous entrez ou séjournez dans une zone déclarée dangereuse, assurez-vous que votre couverture d'assurance est toujours en vigueur. Toute demande doit être adressée au souscripteur avant l'entrée ou le séjour prévu.

En cas de litige sur la question de savoir si un pays donné est connu pour être en état de guerre ou de guerre civile, la liste des pays pour lesquels le ministère des affaires étrangères de Belgique, ou votre pays d'origine, conseille de ne pas voyager ("nous déconseillons tout voyage"), telle qu'elle est publiée sur leur site web officiel, sera déterminante.

5.3. Actes criminels

La commission de tout acte criminel, en tant qu'auteur, co-auteur ou complice, par *l'assuré* ou par *le bénéficiaire* en tant qu'intéressé aux prestations de *l'assurance*.

Il convient de noter que la fraude à l'assurance (ou la tentative de fraude) est également un acte criminel.

5.4. Armes

La détention et/ou l'utilisation active d'armes par *un assuré* ou *un bénéficiaire* en tant qu'intéressé aux prestations de *l'assurance*.

5.5. Réactions nucléaires

- L'utilisation d'armes nucléaires, biologiques ou chimiques par des terroristes ou des puissances militaires ;
- les accidents nucléaires tels que décrits dans la Convention de Paris du 29 juillet 1960.
- les radiations ionisantes ou la contamination par des radio-isotopes.

Une exception s'applique lorsque *la personne assurée* est exposée à des réactions nucléaires à la suite d'un traitement médical.

5.6. Alcool et drogues

La consommation d'alcool, de substances intoxicantes, de drogues ou de médicaments (sauf si les médicaments sont prescrits et utilisés conformément à *l'ordonnance* ou à l'avis du *médecin*).

5.7. Le sport

Sauf indication contraire, les sports suivants sont exclus :

- la pratique du sport en tant que profession (subsidaire).
- la pratique de sports dangereux tels que :
 - la préparation ou la participation à des courses de vitesse avec des véhicules à moteur, des bateaux à moteur ou d'autres véhicules motorisés ;
 - vol amateur, vol delta, parachutisme ;
 - les compétitions équestres ;
 - tous les sports de boxe, de frappe, de coup de poing et de coup de pied avec contact total, les combats libres et la lutte. Les sports tels que le judo, le jiu jitsu, l'aïkido et le karaté semi-contact sont acceptés ;
 - rugby ;
 - Excursions glaciaires sans guide, escalade, alpinisme ;
 - Plongée en falaise ;
 - la pratique des sports d'hiver, du hockey sur glace inclus, de la spéléologie ou des sports sous-marins. Cette exclusion ne s'applique pas si la police stipule que la version Comprehensive est conclue ;
 - ski alpinisme, saut à ski, ski bob, ski voile, voile sur glace, bobsleigh, luge, skeleton, swingbo ;
 - Plongée profonde à plus de 10 m ;
 - les activités sportives pratiquées dans des circonstances telles que les spécialistes estimeront qu'elles doivent être considérées comme des actes irréfléchis, tels que la non-

exécution de réglementations ou de mesures de sécurité.

5.8. Autres exclusions :

- les sinistres liés aux *accidents* et troubles survenus dans le cadre du travail salarié.
- la volonté ou le consentement de *l'assuré* ou du *bénéficiaire* en tant que partie intéressée aux prestations d'*assurance* ;
- suicide ou tentative de suicide. Néanmoins, les prestations pour le cercueil et le rapatriement de la dépouille mortelle seront accordées en cas de décès par suicide ;
- un acte téméraire ou une négligence grave ;
- la participation active à des combats ou à des entreprises risquées dans lesquelles *la personne assurée* met sa vie ou son corps en danger.

5.9. Clause de sanction

Le souscripteur n'est pas réputé fournir une couverture et n'est pas non plus tenu de payer une réclamation ou de verser une prestation en vertu des présentes dans la mesure où la fourniture d'une telle couverture, le paiement d'une telle réclamation ou l'octroi d'une telle prestation exposerait *le souscripteur* à une sanction, une interdiction ou une restriction en vertu des résolutions des Nations Unies ou des sanctions commerciales ou économiques, des lois ou des règlements de toute juridiction applicable au *souscripteur*, à *l'assureur* ou au groupe parapluie.

Art. 6. À propos des sinistres

6.1. Comment déclarer un sinistre

Les sinistres doivent être déclarés dès que possible au *souscripteur*. À cette fin, un formulaire de déclaration de sinistre doit être rempli conformément aux instructions applicables et renvoyé avec les factures originales et détaillées et toutes les pièces justificatives.

Le droit à l'indemnisation s'éteint s'il n'est pas signalé dans un délai de 4 (quatre) ans à compter de la date à laquelle le dommage est survenu.

6.2. Qu'en est-il si la sécurité sociale et d'autres assureurs interviennent également ?

Si les dommages ou les frais sont également recouvrables auprès d'autres compagnies d'assurance ou d'un organisme de sécurité sociale [*caisse de maladie*], la présente *assurance* ne s'appliquera qu'en complément de la couverture des autres polices ou régimes, jusqu'à concurrence des limites indiquées dans *notre* guide des prestations.

6.3. Que se passe-t-il si nous pouvons recouvrer nos paiements auprès d'un tiers ?

Pour tout paiement effectué au titre de la présente police, *le souscripteur* a le droit légal de recouvrer le montant qu'il a payé pour un sinistre en poursuivant la partie qui a causé le sinistre. *L'assuré* est tenu de coopérer pleinement à l'exercice de ce droit. En réglant la demande d'indemnisation à *la personne assurée*, *l'assureur* se substitue à cette dernière et lui confère des droits. Ce droit est également appelé "subrogation".

6.4. Que se passe-t-il si nous avons un litige dans le cadre d'une expertise (médicale) ?

Si *le client* ou *la personne assurée* n'est pas d'accord sur une question de sinistre, il convient de le signaler au *souscripteur* dans les 15 jours suivant la notification de la décision.

Le litige sera soumis contradictoirement à une commission de 2 experts, l'un désigné par *le client* et/ou *l'assuré*, l'autre par *le souscripteur*.

Si ces experts ne sont pas d'accord, ils désignent un troisième expert, dont le rôle est de fournir une réponse décisive. Si l'une des parties ne désigne pas d'expert, ou si les deux experts ne sont pas d'accord sur le choix du troisième expert, la désignation sera faite par le Tribunal de première instance du siège du *souscripteur*, sur appel du demandeur.

Chaque partie supporte les honoraires de son propre expert, les honoraires du troisième expert sont supportés par les deux parties à parts égales. Le même principe s'applique aux honoraires des experts sous-traitants auxquels elles font appel.

Art. 7. Taux de change et frais bancaires

Les primes doivent toujours être payées dans la devise mentionnée dans *les conditions particulières* de la police. Les demandes d'indemnisation seront remboursées à *la personne assurée* dans la devise mentionnée dans *les conditions particulières* de la police ou dans la devise de la facture.

La date de l'échange sera la date de la facture. Le taux utilisé sera le taux interbancaire officiel.

Tous les frais de change et tous les frais bancaires (y compris les banques correspondantes) sont à la charge de la partie payante.

Art. 8. Quelles sont les obligations de l'assuré ?

La personne assurée est tenue de

- déclarer au *souscripteur*, dans les plus brefs délais, l'événement susceptible de donner lieu à un sinistre ;
- fournir au *souscripteur* tous les renseignements et documents dans les plus brefs délais ;
- tenir *le souscripteur* informé des faits nouveaux et de l'évolution de l'affaire ;
- prendre toutes les mesures et précautions raisonnables pour minimiser les dommages et les conséquences pour *le souscripteur* ;
- apporter son entière collaboration au règlement du sinistre et s'abstenir de toute action susceptible de nuire aux intérêts du *souscripteur*.
- tous les documents envoyés au *souscripteur* doivent être complets, classés correctement par *personne assurée* et classés par ordre chronologique.

Si *l'assuré* n'a pas rempli ces obligations et que cela s'avère être un désavantage pour *l'assureur*, ce dernier aura le droit de réduire l'indemnité correspondant à ce désavantage. Dans ce cas, *le souscripteur* ne peut pas garantir que la demande d'indemnisation sera traitée dans les délais.

La personne assurée perd tout droit au remboursement, compte tenu des circonstances

dans lesquelles l'événement s'est produit ou en ce qui concerne tout autre élément de la demande, lorsqu'elle

- a donné une fausse représentation des faits ou a fait une déclaration erronée ;
- retient des informations dont il pourrait - ou devrait raisonnablement - savoir qu'elles pourraient être importantes pour l'évaluation du *souscripteur*.

Art. 9. Lorsque nous nous envoyons des notifications.

Les notifications du *souscripteur* au *client* seront envoyées régulièrement à la dernière adresse (électronique) du *client* connue du *souscripteur*.

Le client et/ou *la personne assurée* sont tenus d'informer *le souscripteur* de tout changement de nom ou d'adresse mentionné dans *les conditions particulières* de la police, de toute modification de la couverture existante auprès de *tiers*, de tout changement de profession ou de tout engagement politique des différentes *personnes assurées*.

Le souscripteur doit également être informé en cas de décès du *client* ou de l'une des *Personnes assurées*.

Le Souscripteur ne peut être tenu responsable des conséquences si *le client* et/ou *l'assuré* omet de notifier de tels événements.

Toutes les notifications, les déclarations de sinistres, les correspondances, les diagnostics et les factures des *médecins*, etc. doivent être rédigées

dans l'une des langues suivantes : néerlandais, anglais, français ou allemand.

Toutes les communications envoyées par *le souscripteur* sont rédigées dans la langue de *l'assurance*.

Art. 10. Que se passe-t-il si votre risque change ?

Le client informe sans délai *le souscripteur* de toute modification importante et permanente du risque.

Si, au cours de la période d'*assurance*, le risque s'aggrave au point que *le souscripteur* aurait assuré le risque à des conditions différentes si ce risque aggravé avait existé au moment de la signature de *l'assurance*, il doit, dans un délai d'un mois à compter du jour où il a pris connaissance de l'aggravation du risque, proposer la modification de *l'assurance* avec effet rétroactif à la date du début de l'aggravation du risque.

Si *le souscripteur* apporte la preuve qu'il n'aurait en aucun cas assuré le risque aggravé, il a le droit de résilier *l'assurance* dans un délai d'un mois à compter du jour où il a pris connaissance de l'aggravation du risque.

Si la proposition de modification de *l'assurance* est refusée par *le client* ou si, à l'expiration d'un délai d'un mois à compter de la réception de ladite proposition, elle n'est pas acceptée, *le souscripteur* peut résilier *l'assurance* dans un délai de 15 jours.

Si un sinistre survient et que *le client* n'a pas respecté l'obligation énoncée au paragraphe 1 du présent article :

- *le souscripteur* est tenu de fournir le service convenu si *le client* ne peut être tenu responsable de l'absence de notification ;
- la prestation du *souscripteur* est réduite proportionnellement à la différence entre la prime payée et la prime que *le client* aurait dû payer s'il avait correctement déclaré le risque, si le défaut de déclaration peut être imputé au *client*.

Toutefois, si *le souscripteur* apporte la preuve qu'il n'aurait en aucun cas assuré le risque aggravé, il n'est tenu qu'au remboursement de toutes les primes payées ;

- dans le cas où *le client* a manqué à cette obligation par tromperie délibérée, *le souscripteur* peut réduire sa garantie. Les primes échues jusqu'au jour où *le souscripteur* a pris connaissance de l'omission volontaire sont considérées comme revenant de droit au *souscripteur* à titre de dommages-intérêts.

Art. 11. Dois-je payer des impôts sur les prestations ?

Tous les droits et taxes actuels ou futurs sont à la charge du *client*, de *l'assuré* ou du *bénéficiaire*, selon le cas.

Les impôts et autres charges applicables aux revenus, ou aux prestations en cas de décès, sont déterminés par les lois de l'État où *le client*, *la Personne assurée* et/ou *le(s) bénéficiaire(s)* réside(nt) et/ou par les lois du pays dans lequel le revenu imposable est acquis.

Art. 12. Quelle est la législation applicable ?

L'assurance et la relation d'*assurance* sont soumises au droit et à la pratique slovaques et à la compétence exclusive des tribunaux slovaques.

La législation et la juridiction américaines ne peuvent jamais être utilisées en relation avec cette *assurance*, sauf pour le recouvrement de dommages de *nos clients* envers *des tiers* américains.

Ce plan est conçu pour les personnes qui se déplacent dans le monde entier. En tant que tel, il ne répond pas à toutes les exigences des assurances locales obligatoires. Il est de la responsabilité du *client* et *des personnes assurées* de demander un avis juridique pour savoir si et comment ces exigences s'appliquent à leur situation.

La seule version juridiquement contraignante de toute la documentation contractuelle est la version anglaise. Seuls les textes rédigés en anglais peuvent être utilisés comme documents de référence en cas de divergences dans les documents traduits dans une autre langue.

Art. 13. Comment *votre* vie privée est-elle protégée ?

Le Souscripteur a le droit de traiter *vos* données personnelles dans la mesure et le temps nécessaires pour remplir et garantir correctement les droits et obligations énoncés dans *l'assurance* (évaluation des risques assurés, gestion de la relation commerciale, de *l'assurance* et des

sinistres couverts par celle-ci, contrôle du portefeuille et prévention des fraudes et abus) et les réglementations légales généralement contraignantes (par exemple, la loi sur les archives, la loi sur la lutte contre le blanchiment d'argent, les réglementations comptables ou fiscales, etc.)

Ce n'est qu'à ces fins que ces informations peuvent être transmises à un coassureur, un réassureur, *une centrale d'alarme*, un expert ou un conseil. Ces informations ne sont accessibles qu'aux services de souscription et de gestion des sinistres dans le cadre de leurs fonctions. Toutes les informations seront traitées avec la plus grande discrétion.

Le souscripteur doit également

- prendre toutes les mesures nécessaires pour empêcher l'accès non autorisé ou aléatoire aux données à caractère personnel, ou l'altération, la destruction, la perte, la transmission non autorisée, tout autre traitement non autorisé ou tout autre abus de ces données ; cette obligation s'applique même après la cessation du traitement des données à caractère personnel ;
- veiller à ce que toute personne entrant en contact avec des données à caractère personnel (en particulier les employés et les partenaires du *souscripteur*) respecte les obligations susmentionnées, y compris après la cessation de la relation contractuelle ou de la relation de travail.
- ne traiter que des données personnelles vraies et précises ;

- ne pas combiner des données à caractère personnel obtenues à des fins différentes ;
- assurer la protection de *votre* vie privée lors du traitement des données à caractère personnel.
- fournir, à *votre* demande, des informations sur le traitement de *vos* données personnelles. Toutes les personnes concernées ont le droit de consulter leurs données personnelles et de les faire corriger, si nécessaire.

Lisez également *notre* politique RGPD à l'adresse suivante :

<https://www.expatsinsurance.eu/en/privacy-cookies-and-gdpr>.

Art. 14. Que faire si *vous* n'êtes pas satisfait ?

La loi slovaque s'applique à cette *assurance*.

Le client ou *la personne assurée* peut adresser toute réclamation concernant la présente *assurance* à

- **Premier contact** : Expat & Co BVBA, Assesteenweg 65, 1740 Ternat, BELGIQUE, info@expatsinsurance.eu, Téléphone + 32 2 463 04 04.
- **Si aucune solution n'est trouvée** : *Vous* pouvez contacter le service clientèle d'AXA Assistance CZ, s.r.o. medsupervizors@axa-assistance.cz.
- **Si aucune solution n'est trouvée** : le médiateur slovaque, Grösslingová 35, code postal 811 09, Bratislava, République slovaque, <https://www.vop.gov.sk>, sekretariat@vop.gov.sk, Téléphone +421 2 323 63 701, en anglais.
- ou le Médiateur européen Rue Wiertz, 1047 Bruxelles, BELGIQUE

ou 1 avenue du Président Robert Schuman, CS
30403, 67001 Strasbourg Cedex, FRANCE

www.ombudsman.europa.eu/en/contacts

Téléphone : +33 3 88 17 23 13 +33 3 88 17 23 13).

Cela n'exclut pas la possibilité d'une action en justice.

CONDITIONS GÉNÉRALES SPÉCIFIQUES AUX MODULE 1 - VOS SOINS MÉDICAUX

Ces conditions décrivent les éléments qui s'appliquent uniquement au *module* 1.

Art. 15. Quelles sont les différentes possibilités du plan Caméléon (plan flexible et adaptable qui offre aux *personnes assurées* une continuité grâce à deux options possibles) ?

15.1. Plan Full Cover

(assurance maladie à partir du 1er euro)

Ce paramètre prévoit une couverture conformément au guide des prestations.

S'il s'avère que le dommage ou les frais couverts par la présente *assurance* sont également couverts par une autre police ou un autre régime, plus ancien ou non, ou qu'ils auraient été couverts en vertu de cette police ou de ce régime si le présent accord n'avait pas existé, la présente *assurance* ne s'appliquera qu'en excédent de la couverture accordée par l'autre police/les autres polices ou qui aurait été accordée si le présent accord n'avait pas existé.

15.2. Plan complémentaire

(assurance maladie complémentaire à la sécurité sociale)

Les personnes assurées bénéficiant d'une couverture obligatoire de *la Caisse de maladie* basée sur le remboursement (pas de gestion des soins en nature) peuvent opter pour une formule de complément. Cette option est disponible pour les

régimes d'assurance maladie obligatoire suivants dans l'UE :

- le régime de santé **autrichien** ("Krankenkasse")
- le régime **belge** INAMI/RIZIV ("Mutualiteit"/ "Ziekenkas"/ "Mutuelle"/ "Caisse de maladie")
- le régime de santé **tchèque**
- le régime **néerlandais** d'assurance maladie ("Restitutiepolis")
- le régime de santé **estonien**
- les régimes de santé **français** de la CMU et de la CPAM ("Caisse Primaire")
- le régime **allemand** GKV ("Krankenkasse")
- le régime de santé **luxembourgeois** (CNS "Caisse National de Santé" ou "D Gezondheidskeess")
- le régime d'assurance maladie des **fonctionnaires de l'UE** (RCAM/JSIS),

et est également disponible pour les systèmes internationaux de l'UE :

- le régime **belge** de sécurité sociale d'outre-mer (OSZ/SSOM)
- le régime **français** de sécurité sociale des Français de l'étranger (CFE).

Ce régime complémentaire s'ajoute au régime de sécurité sociale de *la personne assurée*. Cela signifie que le régime de sécurité sociale et le régime complémentaire assurent ensemble une couverture conforme au guide des prestations. Cela signifie également que ***l'assuré ne doit consulter que des médecins remboursable par la sécurité sociale.***

La personne assurée informera toujours *le souscripteur* dès que des modifications sont apportées à son statut social et/ou à la couverture du *Caisse de maladie*.

Art. 16. Qu'est-ce qui est couvert par les soins médicaux ?

16.1 À propos des soins médicaux à la suite d'un accident ou d'une maladie

Le souscripteur rembourse les frais médicaux de traitement réellement indispensables, fournis à un *assuré*, qui sont la conséquence directe d'un *Accident* ou d'une *maladie* :

- Séjour à *l'hôpital* en chambre semi-privée, pendant un maximum de 365 jours consécutifs ;
- les coûts chirurgicaux ;
- les frais médicaux, les frais de traitement et d'examen ;
- les coûts des *médicaments prescrits* ou inscrits sur la facture de *l'hôpital*, pour une utilisation pendant la période couverte par *l'assurance*. Pour une utilisation plus longue, il convient d'obtenir l'accord écrit préalable du *souscripteur*;
- les frais de transport en ambulance du lieu de l'incident à *l'hôpital* le plus proche, ou d'un *hôpital* à un autre *hôpital* sur prescription médicale. Aucune indemnité n'est versée pour les frais de transports publics tels que le train, le tramway et le bus ;
- les premières prothèses devenues nécessaires à la suite d'un *accident* ;

- les frais d'une stérilisation médicalement nécessaire, prescrite ou imposée par un *médecin*, et effectuée dans un *hôpital* ;
- Les frais d'un avortement volontaire à la suite d'un viol, pratiqué dans un *hôpital*.

Tous les frais doivent être conformes aux taux applicables localement. *Le souscripteur* se réserve le droit de rembourser les frais excessifs au coût local habituel.

16.2 A propos de la grossesse et de l'accouchement

Cette garantie comprend l'accouchement normal, les complications de la grossesse, l'accouchement à domicile, le traitement pré et postnatal par un *médecin* et/ou un obstétricien.

Elle ne comprend pas les exercices pré et postnataux. Les frais de maternité ne seront remboursés que dans les limites indiquées dans le guide des prestations.

Nous acceptons le nombre maximum de consultations, d'échographies et de tests de laboratoire par grossesse, comme indiqué dans la liste des prestations.

Une césarienne non urgente est remboursée au prix d'un accouchement normal.

Les dispositions mentionnées dans le guide des prestations s'appliquent également aux nouveau-nés à partir du moment de la naissance pendant 30 jours au maximum et indépendamment de toute

maladie ou de tout défaut congénital, aux conditions:

- ils ont été présentés au *souscripteur* de *l'assurance* dans les trente (30) jours suivant leur naissance ;
- tous les autres enfants vivant avec le(s) parent(s) *assuré(s)* à la même adresse ont été assurés au titre de cette couverture.

16.3. À propos de la physiothérapie

Le souscripteur rembourse les frais de traitement par un *Physiothérapeute*, prescrits ou imposés par un *médecin*. L'indemnité sera attribuée conformément aux tarifs communément pratiqués localement, pour un maximum de 12 visites sur une période de 1 an après la prescription du *médecin*. Pour un traitement prolongé, il convient d'obtenir l'accord écrit préalable du *souscripteur*.

Ne sont pas éligibles à l'indemnisation :

- les leçons d'orthophonie, sauf si la perte de la parole est la conséquence d'un *accident* ou d'une *maladie* assurés ;
- le thérapie de travail et l'ergothérapie ;
- la gymnastique pré et postnatale ;
- le massage sportif.

16.4 A propos de la psychothérapie

Le souscripteur met à disposition une plateforme en ligne pour une aide psychologique de première ligne (uniquement dans la version Comprehensive). Grâce à cette plateforme, *l'assuré* peut passer un appel (vidéo) avec un psychologue dans plus de 150 langues (c'est-à-dire autant que possible dans sa propre langue).

Le souscripteur rembourse également les frais de traitement par *un psychothérapeute* (visite) suite à un traumatisme survenu pendant le voyage, prescrit ou imposé par *un médecin*.

Si cette aide de première ligne ne suffit pas, *le souscripteur* rembourse les frais de traitement par *un psychothérapeute*, prescrits ou imposés par *un médecin*. L'indemnité sera attribuée conformément aux tarifs communément pratiqués localement, pour un maximum de 12 visites sur une période d'un an après la prescription du *Médecin*, comme mentionné dans le Guide des Prestations. Pour un traitement prolongé, il convient d'obtenir l'accord écrit préalable du *souscripteur*.

La thérapie PNL/EMDR doit être pratiquée par *un psychothérapeute agréé*.

16.5 A propos des coûts des soins dentaires urgents

Le souscripteur rembourse les frais de soins médicaux aigus et dentaires nécessaires jusqu'à concurrence du montant maximum stipulé dans le Guide des prestations. Il est uniquement entendu que :

- les honoraires des dentistes pour les soins dentaires ;
- les éventuels clichés radiographiques, prescrits ou imposés par le dentiste traitant, réalisés dans le cadre de ce traitement ;
- les *médicaments sur ordonnance*, prescrits par un dentiste ;

- la réparation ou le remplacement d'une prothèse dentaire ou d'éléments artificiels de la prothèse.

Les frais de chirurgie dentaire encourus à la suite d'*un accident* sont assurés jusqu'à un maximum de 365 jours suivant le jour de *l'accident*.

16.6 A propos de l'examen dentaire annuel

Le souscripteur rembourse les frais d'un examen dentaire par *année d'assurance* chez un dentiste, à concurrence du montant maximum stipulé dans le Guide des prestations. Il est entendu uniquement que :

- les honoraires des dentistes pour les soins dentaires ;
- les éventuels clichés radiographiques, prescrits ou imposés par le dentiste, réalisés dans le cadre de ce contrôle ;
- nettoyage dentaire.

Cette couverture est soumise à *une période d'attente* de 12 mois après *la date d'entrée en vigueur* de *l'assurance*.

Art. 17. À propos des soins de santé préventifs

Le paiement des examens de santé préventifs et des visites chez *les médecins* généralistes pour la prescription de médicaments est soumis à *une période d'attente* de trois mois. Le remboursement maximal pour ces visites est de 75 % du coût réel, avec un plafond mentionné dans le guide des prestations.

Art. 18. Qu'est-ce qui n'est pas assuré en matière de soins médicaux ?

Outre les exclusions générales mentionnées dans les conditions générales communes à tous *les modules* et *options* (article 5) et dans les définitions de *l'accident* et de *la maladie* (voir glossaire, points 19 et 20), aucun remboursement n'est effectué :

- les traitements médicaux engagés pour toute *maladie*, affection ou blessure connue de *l'assuré* au moment de la souscription, sauf accord avec *le souscripteur*.
En cas de polices consécutives ne se suivant pas sans interruption, cette exclusion entrera également en vigueur pour les affections survenues au cours d'une police antérieure ;
- les traitements médicaux non conformes au diagnostic et au traitement médical habituel pour une affection couverte ;
- un traitement médical qui n'est pas conforme aux normes de la pratique médicale, qui n'est pas compatible avec les soins médicaux professionnels courants et qui n'est pas fourni, approuvé ou prescrit par un personnel médical agréé ;
- le traitement médical administré ou fourni par un *parent* au premier degré (parents [incl. belle-famille], enfants et conjoint) de *la personne assurée* ;
- pour les coûts des tests de fertilité et des traitements de promotion de la fertilité ;
- les opérations de changement de sexe et de genre ;
- la contraception ;
- dysfonctionnement sexuel ;

- la chirurgie esthétique, à moins qu'il ne s'agisse d'une mutilation résultant d'*un accident* ou d'*une maladie*, survenue pendant la période d'assurance de la présente *assurance* ;
- les traitements contre l'acné ;
- le développement et/ou l'apparition de toute forme de hernie dorsale, de quelque manière que ce soit ;
- les contaminations ou épidémies qui ont été placées sous la direction des autorités publiques;
- les frais des soins dentaires non urgents et des nettoyages dentaires (à l'exception de l'examen dentaire annuel) ;
- les traitements dentaires spéciaux, tels que l'orthodontie, les implants, les couronnes, etc... ;
- pour la simple délivrance de certificats médicaux.

Art. 19. Obligations particulières en cas d'admission dans un hôpital:

En cas d'*hospitalisation*, il est nécessaire d'appeler *la centrale d'alarme* avant ou, à défaut, dès que possible après l'admission, afin que soient prises, en accord avec *l'assuré* ou son représentant, et avec *le médecin* traitant, et éventuellement avec *le médecin* de famille, les mesures qui garantissent au mieux les intérêts de *l'assuré*.

!! Aux États-Unis d'Amérique, dans tous les cas de traitement médical, *la personne assurée* est priée de contacter *le network manager* avant de prendre rendez-vous avec des prestataires de services médicaux. *Le network manager* planifiera les

visites et négociera les coûts. Le fait de ne pas passer par le *gestionnaire de réseau* peut entraîner une majoration du *copaiement* de 20 % pour *la personne assurée*.

Art. 20. Paiement direct

Le paiement direct à *l'hôpital* ou aux *praticiens traitants* est possible après que *nous* ayons été contactés par téléphone ou par courrier électronique. *L'hôpital* ou le *praticien traitant* recevra alors une lettre de garantie de *notre* part.

Cette lettre de garantie est accordée pour tous les *traitements hospitaliers* et pour les *traitements ambulatoires* ou *dentaires* supérieurs à 2 000 €. Le paiement sera effectué à la réception des factures originales. En cas de paramétrage complémentaire, *nous* demanderons également un mandat signé par *la personne assurée* afin de recouvrer la partie de *nos* frais auprès de son organisme de sécurité sociale.

CONDITIONS GÉNÉRALES SPÉCIFIQUES AU MODULE 2 - VOTRE ASSISTANCE

Ces conditions décrivent les éléments qui ne s'appliquent qu'au *module 2*

Art. 21. Rapatriement ou évacuation sanitaire de l'assuré

Si *l'assuré* a été *hospitalisé* à la suite d'*une maladie* ou d'*un accident* survenu en dehors du *pays d'origine* et que l'équipe médicale de *la centrale d'alarme* estime nécessaire de le transférer dans un centre médical plus qualifié ou dans un centre du *pays d'origine*, *la centrale d'alarme* organise, à ses frais, le rapatriement ou le transport de *l'assuré*, le cas échéant sous surveillance médicale.

Si *l'assuré* a été transporté vers un centre médical plus qualifié à *l'étranger*, dans un deuxième temps, un rapatriement vers *le pays d'origine* peut être envisagé, si nécessaire et dans la mesure où l'état de santé à ce moment-là le justifie. Si cela n'est pas nécessaire, un billet de retour sera mis à disposition par *le souscripteur*, afin que *l'assuré* puisse poursuivre son voyage initial.

La décision concernant le transport et le moyen de transport ne sera prise que par *le médecin* consultant de *la centrale d'alarme* et ce en fonction de l'importance technique et médicale. L'approbation du *médecin* de *la centrale d'alarme* est obligatoire pour chaque transport. *La centrale d'alarme* prend également en charge l'organisation du transport d'une personne accompagnant *l'assuré* rapatrié vers le lieu de *l'Hôpital* ou *le pays d'origine*.

Art. 22. En cas de décès à l'étranger.

Option A :

En cas de décès d'une personne assurée, la centrale d'alarme organise le rapatriement de la dépouille mortelle et prend en charge :

- le traitement post-mortem ;
- un cercueil, limité comme mentionné dans le guide des prestations ;
- le transport de la dépouille mortelle du lieu du décès au lieu d'enterrement ou de crémation, tel que mentionné dans le guide des prestations ;
- un voyage aller-retour pour un membre de la famille afin d'accompagner la dépouille, au cas où la personne assurée séjournerait seule à l'étranger.

Option B :

La famille peut également opter pour un enterrement ou une crémation sur place. Dans ce cas, le centre d'alarme se chargera de l'opération :

- le traitement post-mortem ;
- cercueil, limité comme mentionné dans le guide des prestations ;
- un voyage aller-retour pour les membres de la famille directe (partenaire, enfant, parent, frère, sœur, grand-parent ou petit-enfant et/ou les personnes qui vivaient en famille avec l'assuré décédé), y compris l'hébergement pendant 3 jours au maximum.

L'intervention du souscripteur est en tout état de cause limitée aux frais qui auraient été pris en

charge pour le rapatriement de la dépouille mortelle dans le pays d'origine (Option A).

Dans les deux cas, les frais d'hébergement seront remboursés, comme indiqué dans le guide des prestations sous la rubrique "Frais de voyage et d'hébergement pour les membres de la famille".

Le souscripteur prend également en charge les frais d'obsèques, comme indiqué dans le guide des prestations.

Les frais liés à toute cérémonie ne seront pas pris en charge par le souscripteur.

Art. 23. Qu'en est-il des autres personnes assurées en cas de rapatriement de l'un des assurés ?

Le centre d'urgence organise la garde des enfants de moins de 16 ans et/ou le rapatriement du partenaire et des enfants dans le pays d'origine.

Art. 24. Comment et quand les frais de voyage et d'hébergement sont-ils remboursés ?

La centrale d'alarme organise le voyage et l'hébergement, comme indiqué dans le guide des prestations, pour les personnes suivantes

- le retour anticipé de la personne assurée en raison du décès d'un proche parent,
- le retour anticipé de la personne assurée en raison de l'hospitalisation d'un proche parent dans un état très critique ou mettant sa vie en danger (limité à un voyage aller-retour par vie du proche parent) ;
- la présence nécessaire d'un membre de la famille, dans le cas où une personne assurée est

hospitalisée dans un état de santé critique ou mettant sa vie en danger. Ce service ne sera rendu que si la personne assurée n'est pas encore décédée avant le départ ;

- la présence nécessaire d'une personne pour accompagner la personne assurée en cas d'évacuation d'urgence ou de rapatriement de la dépouille mortelle ;
- séjour prolongé dans un hôtel pour des raisons médicales.

Art. 25. Frais de recherche et de sauvetage

La centrale d'alarme prend en charge une opération de recherche et de sauvetage, telle que mentionnée dans le guide des prestations, effectuée pour sauver la vie ou l'intégrité physique de l'assuré, à condition que l'action de sauvetage soit menée par les autorités locales ou par des organismes de secours officiels. Cette prestation n'est applicable que dans la mesure où la destination du voyage n'a pas été fortement déconseillée par les autorités.

En cas d'accident de ski (uniquement dans la version Comprehensive) avec blessures physiques sur une piste de ski, la centrale d'alarme organisera une opération de recherche et de sauvetage pour redescendre l'assuré en luge ou en hélicoptère.

L'accident doit impérativement être déclaré au souscripteur dans les 72 heures suivant sa survenance.

Les frais de cette opération peuvent être réclamés au client lorsqu'elle a lieu en dehors de la piste de

ski bien définie et sans guide reconnu par les autorités locales.

Art. 26. Expédition de médicaments essentiels/applications médicales non disponibles localement.

La centrale d'alarme fera tout ce qui est en son pouvoir pour organiser la recherche et la mise à disposition de médicaments ou d'appareils médicaux essentiels, prescrits par une autorité médicale compétente, qui ne sont pas disponibles sur place, mais qui sont disponibles dans *le pays d'origine*. L'accord de l'équipe médicale de *la centrale d'alarme* est obligatoire pour la livraison.

L'envoi dépend de la disponibilité des moyens de transport et doit être conforme aux lois locales et internationales. *L'assuré* s'engage à rembourser au *souscripteur* le prix des médicaments ou appareils qui ont été mis à sa disposition (sauf s'ils sont couverts par une autre garantie de cette *Assurance*), augmenté des frais de dédouanement, et ce dans un délai de 30 jours après l'envoi. Une caution sera demandée.

L'équipe médicale du *souscripteur* doit toujours donner son accord en premier lieu.

Art. 27. Transmission des messages urgents

À la demande de *la personne assurée*, *la centrale d'alarme* transmet les messages urgents à toutes les personnes concernées par la couverture assurée et les mesures énoncées.

Toutes les communications à envoyer sont soumises à la justification de la demande et doivent indiquer le message de manière claire et explicite, ainsi que le nom, l'adresse et le numéro de téléphone exacts de la personne à contacter.

Tout document concernant les résultats de la responsabilité pénale, financière, civile ou commerciale sera communiqué sous l'entière responsabilité de l'auteur, dont l'identité doit être connue. Le contenu doit être conforme à la législation locale et éventuellement internationale et ne peut en aucun cas engager la responsabilité de *la centrale d'alarme* ou du *souscripteur*.

Art. 28. Assistance en cas de perte ou de vol de documents de voyage et d'identité, de cartes bancaires ou de cartes de crédit

En cas de perte ou de vol des *documents de voyage* et après que *la personne assurée* l'ait signalé aux autorités locales, *la centrale d'alarme* mettra à la disposition de *la personne assurée* les titres de transport nécessaires à la poursuite de son voyage ou à son retour à son domicile.

L'assuré s'engage à rembourser au *souscripteur* le prix des billets qui lui ont été cédés (sauf s'ils sont couverts par une autre garantie de cette *Assurance*, par exemple *les bagages*), augmenté des frais de dédouanement, et ce dans un délai de 30 jours après l'envoi. Une caution sera demandée.

En cas de perte ou de vol de *documents d'identité*, de visas, de permis de conduire, de papiers d'assurance, de documents d'enregistrement, etc...,

et après que *la personne assurée* l'a signalé aux autorités locales, *la centrale d'alarme* assiste *l'assuré* en le conseillant et en intervenant auprès de l'ambassade locale, du consulat et d'autres organismes officiels pour l'obtention des certificats d'identité nécessaires, et prend en charge les frais de voyage aller-retour à l'ambassade/au consulat, dans la limite de ce qui est mentionné dans le guide des prestations sous la rubrique "Frais de voyage et d'hébergement des membres de la famille".

En cas de perte ou de vol de cartes bancaires ou de cartes de crédit et après que *la personne assurée* l'a signalé aux autorités locales, *la centrale d'alarme* agira auprès des institutions financières pour qu'elles prennent les précautions nécessaires.

Sous peine de déchéance de la garantie, *la personne assurée* doit déclarer la perte ou le vol aux autorités locales. Si nécessaire et dans la mesure du possible, *la centrale d'alarme* jouera le rôle d'interprète.

La centrale d'alarme et *le souscripteur* ne peuvent en aucun cas être tenus responsables d'un transfert incorrect des informations fournies par *la personne assurée*.

Art. 29. Assistance juridique à l'étranger

Lorsque les droits ou intérêts privés de *l'assuré* sont menacés, à la suite d'incidents survenus pendant le séjour de *l'assuré* à *l'étranger*, à l'exception des pertes résultant de la possession, de la garde ou de l'utilisation d'un véhicule motorisé, *l'assuré* peut prétendre au remboursement des frais d'assistance

juridique, sans toutefois dépasser le montant stipulé dans le Guide des prestations, par sinistre, et uniquement en ce qui concerne :

- la récupération du préjudice corporel, matériel et immatériel consécutif à un dommage corporel subi par *l'assuré* et dont *un tiers* est responsable en vertu des dispositions légales locales ;
- la défense juridique de *l'assuré* en cas de mise en cause de sa responsabilité privée, en vertu des lois du pays où il se trouve, pour des dommages infligés à *des tiers*, ou après avoir été reconnu coupable d'infraction involontaire aux lois locales.

Sont couverts les frais d'assistance juridique nécessaires ou ceux encourus par *la centrale d'alarme*, dans la mesure où ils ne sont pas récupérables auprès d'*un tiers*, à savoir :

- les frais liés à l'enquête et au traitement du dossier ;
- les frais liés à l'intervention d'avocats, d'huissiers, de témoins et d'experts.

Les honoraires de l'avocat ne sont pas facturés au *souscripteur* si l'avocat traite l'affaire selon le principe "no cure - no pay". Dans ce cas, il faut considérer que les honoraires sont inclus dans l'indemnisation du préjudice ;

- en accord avec *la centrale d'alarme*, les frais d'hébergement et de voyage de *l'assuré*. Les frais de voyage sont remboursés selon les tarifs communs des transports publics et/ou en classe économique. Les frais d'hébergement sont remboursés comme indiqué dans le Guide

des prestations sous la rubrique "Frais de voyage et d'hébergement pour les membres de la famille".

- à la demande de *l'assuré* et pour autant que la garantie soit suffisante, *la centrale d'alarme* accorde une avance d'un montant maximum mentionné dans le guide des prestations pour :
 - le paiement des frais de justice et d'exécution de *l'assuré* et de la partie adverse, à l'exception des sommes déposées en garantie, dans la mesure où une décision de justice irrévocable établit que ces frais doivent être supportés par *l'assuré* ;
 - la libération de *l'assuré* s'il a été arrêté à la suite d'*un accident* de la circulation.

Une avance ou une caution similaire sera considérée comme un prêt à *l'assuré*, qu'il remboursera intégralement au *souscripteur* dès que le montant de la caution lui sera restitué en cas d'abandon des poursuites judiciaires, de verdict de non-culpabilité ou autrement dans les 30 jours suivant la date à laquelle le tribunal compétent a prononcé le jugement.

Le remboursement au *souscripteur* ne doit en aucun cas intervenir plus de 30 jours après le versement de l'avance ou de la caution. Une caution sera demandée.

Le souscripteur a le droit de refuser une demande de prêt de ce type s'il estime qu'elle n'est pas suffisamment garantie ou s'il a des doutes sur la capacité de *l'assuré* à rembourser correctement le prêt.

29.1. Qu'est-ce qui n'est pas couvert par l'assistance juridique ?

Outre les exclusions générales mentionnées dans les conditions générales communes à tous *les modules* et *options* (article 5), aucun remboursement n'est prévu pour :

- les dommages ou les frais consécutifs à des cas connus - ou qui auraient raisonnablement dû être connus - par *la personne assurée* avant *la date d'entrée en vigueur* de *l'assurance* ;
- les cas où l'intérêt en jeu est inférieur à 250 EUR ;
- les frais (y compris les frais liés à l'intervention d'un avocat ou d'un expert) qui sont engagés sans l'accord préalable de *la Centrale d'alarme* ou du *souscripteur* ;
- en cas de malveillance, de faute grave ou de négligence de la part de *l'assuré* ;
- les frais qui sont la conséquence d'omissions ou de fautes de *l'assuré* dans le traitement du cas ;
- dommages punitifs ou exemplaires aux États-Unis et au Canada.

A partir du moment où *le souscripteur* a communiqué à *l'assuré* que la poursuite du traitement du dossier n'a aucune chance raisonnable d'aboutir, *l'assuré* ne peut plus prétendre à une quelconque couverture sauf pour le règlement du litige tel que décrit ci-après.

29.2. Liberté de choix de l'avocat ou de l'expert

Le souscripteur essaiera toujours en premier lieu de régler le litige avec *le tiers* à l'amiable. Si *nous* n'y parvenons pas, *vous* avez le libre choix de l'avocat et/ou de l'expert.

Les frais de changement d'avocat ou d'expert, en cours de procédure, sont toutefois soumis à *notre* accord préalable.

29.3 Règlement des litiges

En cas de divergence d'opinion entre *l'assuré* et *le souscripteur* sur le résultat à attendre ou sur la manière de traiter le dossier, *l'assuré* peut, après accord avec *le souscripteur* pour le mettre à la charge de *ce* dernier, soumettre le dossier à un avocat de son choix, expert dans le domaine en question.

Cette démarche doit être effectuée dès que possible et, en tout état de cause, dans un délai d'un mois après que *l'assureur* a communiqué à *l'assuré* son avis sur le résultat à attendre ou sur la manière de traiter l'affaire qui est contestée par *l'assuré*. Si l'avocat partage le point de vue *du souscripteur*, *l'assuré* ne peut poursuivre l'affaire qu'à ses propres frais. Si le résultat montre que *l'assuré* a totalement ou partiellement raison, les frais sont remboursés jusqu'à concurrence du montant mentionné dans le Guide des prestations.

Si *l'assuré* perd confiance dans l'avocat désigné pour traiter le dossier, il peut, aux frais du *souscripteur*, transférer le dossier à un autre avocat, à condition que *le souscripteur* puisse raisonnablement partager le point de vue de *l'assuré*.

Art. 30. Conditions spécifiques concernant les services d'assistance

Les prestations d'assistance sont assurées par *le souscripteur*. L'organisation et l'exécution de ces prestations sont confiées à *la centrale d'alarme*. La mise en œuvre par *l'assuré*, ou par un membre de sa famille, d'un des services décrits ci-dessus ne peut donner lieu à un remboursement que si *la centrale d'alarme* a été préalablement avertie et a donné son accord explicite sur les moyens à mettre en œuvre, par l'ouverture d'un numéro de dossier.

Les frais engagés ne seront remboursés que sur présentation des justificatifs nécessaires et dans les limites pour lesquelles *la centrale d'alarme* s'est engagée pour l'organisation de la prestation d'assistance mentionnée ci-dessus. Seuls les frais supplémentaires, en plus de ceux que *l'assuré* devrait normalement engager pour son retour dans son *pays d'origine*, sont pris en charge.

Si *la centrale d'alarme* a organisé le voyage de retour de *l'assuré* et en a supporté les frais, le *client*, *l'assuré* et/ou ses *bénéficiaires* sont tenus de prendre les mesures nécessaires pour obtenir le remboursement des titres de transport non utilisés et de rembourser *le souscripteur* de ce montant dans un délai de 30 jours maximum. Une caution sera demandée.

Lorsque *la centrale d'alarme* a donné son accord au changement du moyen de transport à utiliser ou de la destination, ceux-ci deviennent contractuels, sa participation financière ne peut jamais être

supérieure au montant qui avait été prévu pour l'exécution du contrat de transport original. Lorsque les frais de séjour à l'hôtel sont pris en charge, *le souscripteur* n'intervient que pour les frais réels de location d'une chambre, dans les limites prévues dans le guide des prestations, à l'exclusion de tout autre frais.

La centrale d'alarme ne peut intervenir que dans les limites des accords accordés par les autorités locales. Elle ne peut en aucun cas se substituer aux organisations locales pour la fourniture des services de premiers secours, et n'en supporterait donc pas les coûts inhérents.

La centrale d'alarme ou *le souscripteur* ne peuvent être tenus responsables des fautes ou de la mauvaise exécution de leurs obligations par suite de circonstances indépendantes de leur volonté telles que guerres civiles ou guerre avec un pays étranger, révolution, rébellion populaire, insurrection, grève, séquestration ou contrainte par la police et/ou par les autorités locales, interdiction officielle, sanctions, piraterie, détonation d'explosifs, effets nucléaires ou radioactifs, obstructions climatiques.

Art. 31. Qu'est-ce qui n'est pas assuré en matière d'assistance ?

Outre les exclusions générales mentionnées dans les conditions générales communes à tous *les modules* et *options* (article 5), aucun remboursement n'est prévu pour :

- les frais relatifs aux conditions existant avant *la date d'entrée en vigueur* de *l'assurance* ou dont

on pouvait raisonnablement s'attendre, à *la date d'entrée en vigueur de l'assurance* ou avant, à ce qu'ils soient encourus au cours de la période couverte par *l'assurance*.

- les grossesses après le sixième mois ;
- chaque intervention lorsqu'un voyage est entrepris pour suivre un traitement (para) médical, sans l'accord du *souscripteur* ou de *la centrale d'alarme* ;
- les infractions que *l'assuré* commet volontairement aux lois en vigueur à *l'étranger*.

CONDITIONS GÉNÉRALES SPÉCIFIQUES À L'OPTION 1 - VOTRE ASSURANCE ACCIDENT

Ces conditions décrivent les éléments qui s'appliquent uniquement à *l'option 1*

Art. 32. Qu'est-ce qui est assuré dans la rubrique "décès par *accident*" ?

Cette couverture garantit le paiement des prestations mentionnées dans le Guide des prestations, en cas de décès de *la personne assurée* par *un accident* couvert par *l'assurance*, dans les trois ans qui suivent cet *accident*.

Le souscripteur verse au *bénéficiaire* désigné ou, en son absence, aux héritiers légaux, à l'exception de l'Etat, le montant forfaitaire prévu dans le Guide des prestations.

Si, pour le même *accident*, une prestation pour incapacité permanente a déjà été versée, elle sera déduite de la prestation payable en cas de décès. Il n'y a pas de récupération de la prestation déjà versée.

Si le corps de *l'assuré* n'est pas retrouvé à la suite d'un accident d'avion, d'un naufrage, de la destruction d'un véhicule de transport ou de la disparition d'un avion, d'un navire ou d'un véhicule de transport, si l'on est sans nouvelles de *l'assuré*, des autres passagers ou des membres de l'équipage dans les trois ans qui suivent le jour de la destruction ou de la disparition, il sera présumé que *l'assuré* est décédé des suites de *l'accident* au moment de la disparition ou de la destruction.

Art. 33. Qu'est-ce qui est couvert par l'"invalidité permanente due à *un accident*" ?

Cette couverture garantit le paiement des prestations mentionnées dans le Guide des prestations, en cas d'invalidité permanente de *l'assuré* par *accident*. *Le souscripteur* verse à *l'assuré*, d'un commun accord entre *le médecin* qu'il a désigné et *le médecin* désigné par *l'assuré*, un capital tel que stipulé dans le Guide des Prestations, en fonction du degré d'invalidité déterminé selon le Barème Officiel Européen d'Invalidité.

Le degré d'invalidité est déterminé à partir de la consolidation de l'état de *l'assuré* et au moins après l'expiration d'une période de 2 ans à compter de la date de *l'accident*.

Aucune indemnité ne peut être accordée pour une invalidité préexistante à *l'accident* de *la personne assurée*. Les lésions des membres et organes déjà déficients ne sont indemnisées qu'en fonction de la différence de leur état avant et après *l'accident*.

L'évaluation des lésions d'un membre ou d'un organe ne peut être influencée par l'état déjà déficient d'un autre membre ou organe.

Art. 34. Limites importantes pour les motocyclistes

Les capitaux versés au titre de *l'option 1* pour le décès *accidentel* et l'invalidité permanente sont réduits de 50 % en cas d'*accident* résultant de l'utilisation, en tant que conducteur, d'un motocycle d'une cylindrée supérieure à 50 cm³.

Art. 35. Qu'est-ce qui n'est pas couvert en cas d'accident?

Outre les exclusions générales mentionnées dans les conditions générales communes à tous *les modules* et *options* (article 5), et sauf indication contraire, aucun remboursement n'est effectué :

- Un état de santé préexistant de *la personne assurée*, sauf si ces circonstances sont connues et ont été acceptées par *le souscripteur*, comme indiqué dans le certificat d'assurance, ou à la suite d'un *accident* antérieur pour lequel *le souscripteur* a déjà payé ou doit payer des indemnités ;
- Tout acte intentionnel de *l'assuré* tel que le suicide ou la tentative de suicide, la participation à des actes criminels, des infractions ou des délits. Toutefois, en cas de suicide, les frais d'obsèques, les frais d'embaumement mise en bière, le cercueil et le rapatriement de la dépouille mortelle sont remboursés ;
- *Des accidents* liés à l'utilisation d'un avion à moteur, en tant que membre de l'équipage ou si, pendant le vol, *l'assuré* exerce une activité professionnelle ou toute autre activité liée au vol.

CONDITIONS GÉNÉRALES SPÉCIFIQUES À L'OPTION 2 - VOS BAGAGES ET EFFETS PERSONNELS

Ces conditions décrivent les éléments qui s'appliquent uniquement à *l'option 2*.

Art. 36. A propos de *l'assureur*.

Cette *assurance* est placée auprès d'un *assureur européen*, qui peut être un assureur non admis en dehors de *l'Europe*.

Cela signifie que *l'assureur* n'a peut-être pas été agréé par le département des assurances de l'État local et qu'il ne respecte pas nécessairement les réglementations locales en matière d'assurance.

En cas d'insolvabilité, il n'y a pas de garantie de l'État local et si *vous* estimez que *votre* dossier n'a pas été traité correctement, *vous* ne disposez d'aucune ressource auprès du service d'assurance de l'État dans lequel *vous* vivez.

Art. 37. Qu'est-ce qui peut être couvert par *l'option 2*?

L'objet de cette section est de couvrir *l'assuré* pour les dommages survenant à :

- *les bagages* et *les documents de voyage*, pendant les périodes de voyage, jusqu'à concurrence du montant stipulé dans le guide des prestations ;
- *le contenu* et le *meublier de la maison*, ainsi que *les documents de voyage*, pendant le séjour à *l'étranger*, jusqu'à concurrence du montant stipulé dans le guide des prestations.

Les risques suivants sont couverts :

- la perte des biens de *l'assuré* enregistrés auprès de la compagnie de voyage ;
- le vol de tout ou partie des biens de *l'assuré* ;
- la destruction ou l'endommagement des biens de *l'assuré*.

Art. 38. Quels sont les biens assurés ?

Sont assurés les *documents d'identité* et de *voyage*, *les bagages* et *le contenu* appartenant à *la personne assurée*.

Par "*bagages*", il faut entendre les objets que *l'assuré* emporte pour son usage personnel lors de voyages effectués pendant la période de validité de *l'assurance* pour un montant maximal mentionné dans le guide des prestations.

Sous la rubrique "*Documents de voyage*", il faut entendre les passeports, les visas, les titres de transport, les permis de conduire ainsi que les documents relatifs aux véhicules, tels que les documents d'assurance, les cartes d'immatriculation, etc...

Par "*Contenu*", il faut entendre tous les biens mobiliers appartenant à *l'assuré* ou sous sa responsabilité, qui entrent normalement dans la notion de contenu et qui, pendant la période de validité de *l'assurance*, se trouvent à l'adresse de résidence à *l'étranger*.

Art. 39. En cas de retard *des bagages*

En cas de retard de plus de 12 heures ou d'au moins 1 nuit *des bagages* après leur arrivée à *destination* dans *le pays étranger* (à prouver par un rapport PIR du transporteur), *le souscripteur* prend en charge les frais d'achat des premières nécessités (vêtements et articles de toilette nécessaires) jusqu'aux limites mentionnées dans le guide des prestations.

Cette garantie ne s'applique pas si *l'assuré* a fait envoyer *les bagages* par un service de courrier.

Art. 40. Quels sont les risques pour lesquels *votre contenu* est assuré ?

Pour *le contenu*, *l'assurance* couvre les dangers suivants :

- le feu ;
- l'explosion ;
- la foudre, l'induction et la surcharge résultant de la foudre ;
- les dommages électriques causés aux appareils en raison d'une surtension ou d'une sous-tension sur le réseau électrique ;
- brûler, fondre, carboniser et surchauffer ;
- la fumée et la suie ;
- la décongélation des produits congelés en raison des risques mentionnés ci-dessus ;
- une collision de véhicules, crash d'avion ;
- une tempête avec une vitesse de vent de 80 km/h ou plus ;
- une inondation causée par l'éclatement ou le débordement de réservoirs d'eau, d'appareils ou de canalisations (pluie, eau, vapeur, carburant et huile) ;

- un vol ou tentative de vol par effraction ;
- un vol avec violence physique ;
- des plaques de verre et des miroirs brisés ;
- une catastrophe naturelle.

Art. 41. Quels sont les risques pour lesquels *vos bagages* sont assurés ?

Nous assurons *vos bagages* à concurrence du montant indiqué dans la *guide des prestations* si, pendant la période de validité de la police, *vos bagages*

- sont volés, en présence de traces d'effraction clairement établies, dans une maison ou un local fermé à clé et sécurisé, ou dans un moyen de transport fermé à clé et sécurisé, et dans la mesure où *les bagages* n'étaient pas visibles de l'extérieur. Le vol commis par des moyens électroniques n'est pas assuré ;
- sont volés avec violence physique sur *la personne assurée* ou sous la menace de celle-ci ;
- confiée à un transporteur - dans le cadre d'un contrat de transport - sont perdus, endommagés ou volés, après épuisement de l'indemnité contractuelle due par le transporteur.
- sont perdus, endommagés ou volés à la suite d'un transport médical urgent de *l'assuré* à la suite d'*un accident* ou d'*une maladie* couverts ;
- sont perdus, endommagés ou volés à la suite d'*un accident* de la circulation ;
- sont perdus, endommagés ou volés à la suite d'une catastrophe naturelle.

Art. 42. Comment les dommages sont-ils indemnisés ?

Les valeurs suivantes serviront de base au calcul de l'indemnité :

- *Documents de voyage* : le coût réel de l'obtention des nouveaux documents ;
- *Bagages et contenu* :
 - la valeur de remplacement pour les objets n'ayant pas plus d'un an ;
 - la valeur réelle pour les objets de plus d'un an et pour les objets appartenant au propriétaire ;
- Objets qui ne peuvent être remplacés par de nouveaux objets du même type et de la même qualité : la valeur marchande ;
- Objets endommagés qui sont raisonnablement susceptibles d'être réparés : le coût de la réparation, avec comme limite supérieure le montant stipulé dans le guide des prestations.

Par "valeur de remplacement", il faut entendre le prix actuel pour l'acquisition de nouveaux objets du même type et de la même qualité.

Par "valeur réelle", il faut entendre la valeur de l'objet au moment où le dommage s'est produit. Des amortissements seront effectués.

Par "valeur marchande", il faut entendre le prix du marché pour la vente des objets dans l'état où ils se trouvaient immédiatement avant le dommage.

L'indemnisation se fera selon le principe du "premier risque", c'est-à-dire sans application d'une règle proportionnelle.

En cas de *bagages* perdus, endommagés ou retardés par le transporteur aérien, la prestation ne sera accordée que si *l'assuré* fournit un document original sous la forme d'un **rapport d'irrégularité du transporteur** (Property Irregularity Report – P.I.R.) indiquant que *les bagages* ont été perdus, endommagés ou ne sont pas arrivés à l'heure et à la date prévues, et précisant la date et l'heure d'arrivée effective. Pour toutes les demandes de remboursement, à l'exception *des documents de voyage* et du remplacement de vêtements et d'articles de toilette, une *franchise* telle que mentionnée dans le guide des prestations sera appliquée.

Art. 43. Qu'est-ce qui n'est pas couvert en ce qui concerne *les bagages* et *le contenu* ?

Outre les exclusions générales mentionnées dans les conditions générales communes à tous *les modules* et *options* (article 5), aucun remboursement n'est prévu pour:

- tout objet confisqué ou retenu par les autorités douanières ou policières, sauf en cas d'accident de la circulation ;
- les préjudices causés par ou qui sont la conséquence de l'emprisonnement, de la confiscation ou de la saisie du moyen de transport dans lequel se trouvent les marchandises assurées ;
- la perte ou le vol *des bagages* non signalés à la police dans les 24 heures suivant leur découverte et appuyés par une déclaration écrite de la police ;
- le vol *des bagages* lorsqu'ils sont laissés sans surveillance, autrement qu'enfermés dans un compartiment verrouillé approprié ou enfermés à l'abri des regards dans le coffre d'un véhicule à moteur ;
- les bateaux (à l'exception des planches à voile), les aéronefs (y compris les deltaplanes et les planeurs), les véhicules à moteur (y compris les motos), les camping-cars et autres véhicules (à l'exception des bicyclettes), ainsi que leurs accessoires, pièces et fixations ;
- l'usure, la dépréciation, la vermine, les pannes mécaniques ou électriques internes, toute cause de fonctionnement progressif (comme l'humidité, le froid ou la chaleur) tout processus de nettoyage, de réparation, de restauration ou d'altération ;
- les dommages causés par les insectes, les vers, les asticots, les rongeurs ou par tout parasite ;
- les bosses, rayures, taches et autres détériorations, à moins que l'objet endommagé ne soit devenu de ce fait impropre à l'usage auquel il était destiné ;
- porcelaine, œuvres de sculpture, peintures, objets d'art et autres objets cassables, à moins que ces dommages ne soient la conséquence d'un incendie, d'un vol ou d'un *accident* du moyen de transport utilisé ;
- les perles naturelles et pierres précieuses en vrac ;
- la rupture des cordes et le déchirement des peaux sur les instruments de musique ;
- les timbres, les pièces de monnaie et les collections similaires ;
- les animaux ;
- *les valeurs* (espèces, *argent*, ordres de paiement postaux ou bancaires, bons de voyage, lettres de crédit ou de débit).

CONDITIONS GÉNÉRALES SPÉCIFIQUES À L'OPTION 3 - VOTRE RESPONSABILITÉ PRIVÉE ET RESPONSABILITÉ LOCATIVE

Ces conditions décrivent les éléments qui s'appliquent uniquement à l'option 3.

RESPONSABILITÉ PRIVÉE

Art. 44. Qu'est-ce qui est couvert par la responsabilité civile privée, et qui est assuré?

L'objet de cette Option 3 est de couvrir l'assuré contre les conséquences financières résultant de la *Responsabilité Non Contractuelle* dans la vie privée, incombant aux prescriptions légales locales, pour les dommages causés aux tiers.

Ce qui est assuré par ailleurs :

- Les enfants mineurs de la *personne assurée*, issus d'une relation antérieure, qui ne vivent pas normalement avec la *personne assurée*, s'il apparaît que la personne avec laquelle l'enfant vit n'aurait pas d'assurance et que la *personne assurée* est tenue pour responsable en tant que parent ;
- Les actes des personnes dont l'assuré est responsable en sa qualité de dirigeant, de mandataire ou d'organisateur de mouvements de jeunesse, à l'exclusion de la *responsabilité non-contractuelle* de ce mouvement en tant que personne morale.

Nous ne couvrons pas les dommages causés lors d'une activité professionnelle, sauf mention contraire.

Nous ne considérons pas les activités suivantes comme des activités professionnelles, sauf mention contraire :

- Les déplacements entre le domicile et le lieu de travail ou d'études ;
- Voyages professionnels ;
- Les jobs d'étudiants, à condition que l'étudiant soit financièrement dépendant de ses parents ;
- le travail bénévole, même si vous recevez des indemnités de frais.

Par "dommages", il faut entendre les dommages corporels ou matériels ainsi que les dommages immatériels tels que le chômage, perte de bénéfices, la privation d'usage ou de jouissance, le dommage moral, les honoraires d'avocat de la contrepartie, à condition qu'ils découlent d'un dommage corporel ou matériel couvert. Les dommages immatériels ne résultant pas d'un dommage corporel ou matériel et les dommages punitifs sont exclus.

La couverture est accordée avec un montant assuré maximal mentionné dans le guide des prestations, par sinistre et par *année d'assurance*.

Attention aux activités suivantes :

Par exemple, vous organisez des soirées d'accueil pour les nouveaux arrivants, vous donnez des cours de soutien, vous êtes guide de la ville ou de la nature...

Si vous en tirez un revenu, il s'agit d'une activité professionnelle qui n'est pas couverte par cette assurance.

Ces activités rémunérées (secondaires) peuvent être assurées en tant qu'extension de la présente assurance. Cela sera indiqué dans les *conditions particulières* de la police.

Art. 45. Où êtes-vous couvert ?

Cette couverture est valable dans le monde entier, sauf mention contraire. Aux États-Unis, les limites sont différentes.

Art. 46. Étendue des garanties dans le temps

La garantie couvre les dommages survenus pendant la période de validité de l'assurance ET au cours d'un voyage à l'étranger, et s'étend même aux sinistres introduites après la fin de l'assurance.

Art. 47. Risques et situations spécifiques

47.1. L'immobilier et son contenu :

Nous assurons les dommages dont l'assuré est responsable, conformément à la législation locale, et qui sont causés par :

1. le bâtiment ou la partie du bâtiment occupé par l'assuré pour un séjour temporaire ;
2. un garage à usage personnel situé à une autre adresse pendant le séjour temporaire ;
3. les jardins et les terrains, qu'ils soient ou non limitrophes de l'immeuble susmentionné, à condition que leur superficie n'excède pas 1 hectare ;

4. Pour autant qu'ils fassent partie des bâtiments susmentionnés ou qu'ils soient situés dans les jardins susmentionnés : les plantations, les dépendances et les locaux, les allées et les clôtures, ainsi que tous les biens meubles fixés au moyen d'attaches permanentes, tels que les antennes ;
5. (la partie du) bâtiment occupé par *l'assuré* dans un hôtel ou dans une maison d'hébergement similaire lors d'un séjour temporaire ou occasionnel à des fins privées ou d'études ;
6. la partie du bâtiment occupée temporairement par *l'assuré* à des fins privées dans *un hôpital*, un centre de réhabilitation ou un établissement de soins ;
7. (la partie du) bâtiment qui n'appartient pas à *l'assuré* mais qui est temporairement utilisée par *l'assuré* à l'occasion d'une fête ou d'une réunion privée ;
8. (la partie du) bâtiment qui n'appartient pas à *l'assuré* mais qui est temporairement utilisée par *l'assuré* comme logement d'étudiant ;
9. *le contenu* des biens immobiliers mentionnés aux points 1 à 8 ci-dessus.
10. les effets de l'eau provenant ou transmise par les biens immobiliers ou leur *contenu* mentionnés aux points 1 à 8 ci-dessus ;
11. les dommages corporels causés par un incendie, par une explosion ou par la fumée résultant d'un incendie, provenant ou transmis par les biens immobiliers ou leur *contenu* mentionnés aux points 1 à 8 ci-dessus ;
12. les dommages matériels causés par un incendie, par une explosion ou par la fumée résultant d'un

incendie, provenant ou transmis par les biens immobiliers mentionnés aux points 1 à 8 ci-dessus et leur *contenu* ;

13. les dommages matériels causés par l'effet de l'eau, par un incendie, par une explosion ou par la fumée résultant d'un incendie aux biens immobiliers mentionnés aux points 5 à 8 ci-dessus et à leur *contenu* n'appartenant pas à *une personne assurée*.

47.1.2. N'est pas assuré :

14. les dommages matériels causés par l'effet de l'eau, du feu, d'une explosion ou de la fumée provenant d'un incendie aux biens immobiliers mentionnés aux points 1 à 4, qui n'appartiennent pas à *une personne assurée*.
15. les dommages matériels causés par l'effet de l'eau, du feu, d'une explosion ou de la fumée provenant d'un incendie au contenu qui est la propriété d'*un assuré*, dans les biens immobiliers mentionnés aux points 1 à 4.

47.2. Moyens de transport et voyages

Nous assurons les dommages dont *la personne assurée* est responsable et qui ont été causés :

- dans le cadre de ses déplacements privés, notamment en tant que propriétaire, détenteur ou utilisateur de moyens de transport non motorisés (comme les bicyclettes, les trottinettes, les skates, les chaises roulantes...), ou de vélos électriques, de scooters électriques, de patins électriques, d'hoverboards et d'autres véhicules lents motorisés (comme les tondeuses à gazon, les jouets motorisés et les chaises

roulantes] pour lesquels il n'existe pas d'assurance responsabilité civile obligatoire pour les véhicules à moteur ;

- en tant que passager d'un véhicule de quelque type que ce soit ;
 - en tant que piéton ;
 - en tant que propriétaire, détenteur ou utilisateur de modèles réduits d'avions et d'autres modèles réduits de véhicules, y compris les drones, utilisés à des fins purement sportives ou récréatives dans la zone autorisée, et pour lesquels une assurance responsabilité civile obligatoire n'est pas requise.
 - en tant que propriétaire, détenteur ou utilisateur de bateaux (à voile) d'un poids maximal de 200 kg et de bateaux à moteur d'une puissance maximale de 10 CV DIN, pour lesquels une assurance responsabilité civile obligatoire n'est pas requise.
 - en prenant le volant de la voiture d'un *tiers* parce qu'il n'est pas en mesure de conduire lui-même, soit en raison d'une intoxication alcoolique, soit en raison d'une blessure physique qu'il vient de subir. Cette couverture est une couverture de 2ème rang, après intervention de toute autre assurance responsabilité civile ou casco.
- Nous* n'assurons pas la responsabilité civile obligatoire pour les véhicules à moteur.

47.3. Dommages aux biens empruntés.

Nous indemnisons, à concurrence du montant mentionné dans la liste des prestations par sinistre, les dommages causés aux biens que *vous* avez

empruntés (sans compensation ni loyer) à *des tiers* pour *votre* propre usage.

Le vol et la perte ne sont pas couverts, de même que les biens loués contractuellement (oralement ou par écrit) ou empruntés en contrepartie.

Cette couverture est une couverture de 2ème rang, après intervention de toute autre assurance responsabilité civile ou casco.

47.4. Indemnisation des personnes qui apportent leur aide

Nous intervenons pour les dommages que *des tiers* subissent parce qu'ils tentent de *vous* sauver ou de sauver *vos* biens, même si *vous* n'êtes pas responsable, à condition qu'ils le fassent gratuitement et non professionnellement.

Le paiement est toujours effectué au deuxième rang après épuisement de toute indemnisation possible de la part du gouvernement, de la sécurité sociale, d'autres institutions ou de leur propre assurance.

Art. 48. Qu'est-ce qui n'est pas couvert en matière de responsabilité privée ?

Outre les exclusions générales mentionnées dans les conditions générales communes à tous *les modules* et *options* (art. 5), aucun remboursement n'est prévu pour:

- Les dommages ou dépenses consécutifs à des faits connus - ou qui auraient dû être connus - par *la personne assurée* avant *la date d'entrée en vigueur de l'assurance*;
- *La responsabilité contractuelle* ou présumée contractuelle (comme la responsabilité du

locataire, ou l'équipement loué ou emprunté), sauf mention contraire ;

- Les dommages qui relèvent de *la responsabilité civile non contractuelle* soumise à une assurance légale obligatoire ;
- Tous les dommages résultant de la profession, de l'occupation ou de l'activité de *l'assuré* ;
- les dommages causés par l'utilisation d'avions qui appartiennent à *l'assuré* ou qui ont été pris en location ou sont utilisés par lui ;
- Les dommages causés par l'utilisation de voiliers de plus de 200 kg et de bateaux à moteur qui appartiennent à *l'assuré* ou qui sont pris en location ou utilisés par lui ;
- Les dommages causés par les drones de plus de 5 kg ;
- Les dommages causés par la pratique d'activités de chasse ainsi que les dommages causés aux animaux sauvages ;
- En cas de malveillance, de faute grave ou de négligence de la part de *l'assuré* ;
- Les dommages résultant d'un acte intentionnel de *l'assuré* ou résultant de *la responsabilité civile* personnelle *non contractuelle* de *l'assuré* qui découle :
 - d'une situation où le taux d'alcool dans le sang de *la personne assurée* atteint ou dépasse la limite fixée par la législation locale, ou dans une situation similaire qui est la conséquence de l'utilisation de produits autres que des boissons alcoolisées ;
 - d'une participation à des échauffourées ;
- Les dommages causés aux animaux, autres biens mobiliers et immobiliers dont *l'assuré* a la

charge, sans préjudice de ce qui a été déterminé à l'art. 47 ;

- Les dommages causés par les terrains et les jardins non compris dans la garantie de la présente *assurance* ;
- Les dommages causés par les chevaux, attelés ou non, appartenant à *l'assuré* ;
- Les dommages causés aux chevaux, poneys et ânes ainsi qu'à leurs harnais, que *l'assuré* a loués, empruntés ou dont il est le dépositaire ;
- Les dommages punitifs ou exemplaires aux États-Unis et au Canada.

RESPONSABILITÉ CIVILE DES LOCATAIRES

Art. 49. Qu'est-ce qui est couvert par la responsabilité civile des locataires ?

L'option Responsabilité locative couvre *la responsabilité contractuelle* de *l'assuré* envers le propriétaire du logement loué, ainsi que *le contenu* loué, à l'adresse indiquée dans *le certificat personnel* comme nouvelle *adresse de destination*, pour les dommages causés par l'un des risques assurés (article 50) et pour les frais de réparation des dommages accidentels causés aux conduites et câbles souterrains reliant les bâtiments au réseau public. Les biens sont couverts à concurrence du montant indiqué dans *le certificat personnel*.

Art. 50. Quels sont les risques assurés en matière de responsabilité civile des locataires ?

Cette *assurance* couvre la responsabilité du locataire *assuré* contre les risques suivants, dont il est considéré comme responsable en vertu de la législation locale, à la suite d'une faute ou d'une négligence de sa part ou de la part d'un membre permanent de son ménage :

- le feu ;
- l'explosion ;
- la foudre, l'induction et la surcharge résultant de la foudre ;
- brûler, fondre, carboniser et surchauffer ;
- la fumée et la suie ;
- l'impact d'un véhicule, d'un crash d'avion et d'autres dispositifs ou articles qui en tombent ;
- une catastrophe naturelle ;
- une tempête ou orage avec une vitesse minimale du vent de 80 km/h ou plus ;
- une inondation causée par l'éclatement ou le débordement de réservoirs d'eau, d'appareils ou de canalisations (pluie, eau, vapeur, carburant et huile) ;
- causée par toute personne participant à une émeute ou à une grève, ou par toute personne mal intentionnée (vandalisme) ;
- un vol ou tentative de vol par effraction ;
- le bris de plaques de verre, de miroirs et de vitres, d'écrans de télévision.

50.1. Coûts supplémentaires

Les frais supplémentaires suivants seront indemnisés, dans la mesure où cela est nécessaire,

et sans dépasser 100 % de la somme assurée, au cas où *la personne assurée* est légalement responsable:

- les frais de pompiers, de secours, de sauvetage;
- les frais de démolition et de nettoyage nécessaires à la reconstruction ou à la reconstitution des biens assurés ;
- les frais de réparation des jardins bordant le bâtiment susmentionné et endommagés par les activités de secours et de sauvetage ;
- les frais d'un expert personnel pour déterminer les dommages causés aux biens assurés, ne dépassant pas 5 % du montant des dommages (TVA incluse).
- la demande de recouvrement de dommages matériels auprès de *tiers*.

Les frais supplémentaires qui s'ensuivent seront indemnisés, pour autant que cela soit nécessaire, et ne dépasseront pas 10 % de la somme assurée :

- les frais supplémentaires de relogement nécessairement encourus par *l'assuré* en tant qu'occupant ;
- le loyer, jusqu'à douze mois, dont *l'assuré* est responsable en tant qu'occupant, si les bâtiments sont rendus inhabitables par l'un des risques assurés.

Art. 51. Qu'est-ce qui n'est pas couvert en matière de responsabilité locative ?

Outre les exclusions générales mentionnées dans les conditions générales communes à tous *les modules* et *options* (article 5), aucun remboursement ne sera accordé pour les dommages ou les frais concernant :

- l'usure, la dépréciation, la vermine, les pannes mécaniques ou électriques internes, toute cause de fonctionnement progressif (comme l'humidité, le froid ou la chaleur), la rouille, tout processus de nettoyage, de réparation, de restauration ou d'altération ;
- les dommages causés par les insectes, les vers, les asticots, les rongeurs ou par tout parasite.
- *les valeurs* (espèces, *argent*, ordres de paiement postaux ou bancaires, bons de voyage, lettres de crédit ou de débit).

Art. 52. Comment les dommages seront-ils indemnisés ?

Les valeurs suivantes serviront de base au calcul de l'indemnité :

- la valeur réelle pour les bâtiments et le mobilier loué ;
- la valeur marchande des objets qui ne peuvent être remplacés par de nouveaux objets du même type et de la même qualité ;
- le coût de réparation des objets endommagés qui sont raisonnablement susceptibles d'être réparés.

Par "valeur réelle", il faut entendre la valeur de l'objet au moment où le dommage s'est produit.

Par "valeur marchande", il faut entendre le prix du marché pour la vente des objets dans l'état où ils se trouvaient immédiatement avant le dommage.

CONDITIONS GÉNÉRALES COMMUNES A LA RESPONSABILITÉ CIVILE PRIVÉE ET LOCATIVES

Art. 53. Quelles sont les obligations de *l'assuré* en matière de responsabilité ?

L'assuré doit en aviser immédiatement *les souscripteurs* par écrit, avec tous les détails nécessaires,

- de la survenance de tout événement susceptible de donner lieu à une demande d'indemnisation au titre de la présente *assurance* ;
- de la réception par *l'assuré* de l'avis de demande d'indemnisation ;
- et de l'engagement de toute procédure à l'encontre de *la personne assurée*.
- tous les documents que *le souscripteur* demande et qui sont liés à l'événement assuré.

L'assuré est tenu de

- transmettre au *souscripteur* tous les documents nécessaires à l'administration et tous les actes judiciaires et extrajudiciaires concernant le sinistre, immédiatement après leur notification, leur mise en demeure ou leur remise à *l'assuré* ;
- se présenter aux audiences du tribunal et se soumettre aux exigences de l'enquête décidée par le tribunal. Si *la personne assurée* ne se conforme pas aux obligations susmentionnées, elle doit indemniser *le souscripteur* pour tout dommage subi par ce dernier.

L'assuré ne doit pas admettre sa responsabilité ni proposer ou accepter de régler une réclamation sans le consentement écrit du *souscripteur*, qui a le

droit de prendre en charge et de diriger au nom de *l'assuré* la défense de toute réclamation, et de poursuivre au nom de *l'assuré*, au profit du *souscripteur*, toute réclamation d'indemnité ou de dommages ou autre contre tout *tiers*, et a toute latitude pour mener les négociations et les procédures et pour régler le sinistre. *L'assuré* doit fournir au *souscripteur* les informations et l'assistance que ce dernier peut raisonnablement exiger.

Si *la personne assurée* présente une demande d'indemnisation en sachant qu'elle est fausse ou frauduleuse, en ce qui concerne le montant ou autre, la présente *assurance* devient nulle et toute demande d'indemnisation au titre de la présente *assurance* devient caduque.

Art. 54. Conduite du litige

A partir du moment où *le souscripteur* est tenu de fournir une couverture et pour autant qu'il y ait été fait appel, il doit soutenir *l'assuré* dans les limites de la couverture. En ce qui concerne les intérêts civils et pour autant que les intérêts du *souscripteur* coïncident avec ceux de *l'assuré*, *le souscripteur* a le droit de mener toutes les négociations avec la partie lésée et le procès civil. *Le souscripteur* peut indemniser le préjudice s'il y a des raisons de le faire.

Ces interventions du *souscripteur* n'impliquent aucune reconnaissance de responsabilité de la part de *l'assuré* et ne doivent lui causer aucun préjudice. *Le souscripteur* prend en charge les frais de

défense civile de *l'assuré*. L'indemnisation définitive des dommages ou le refus d'indemnisation est communiqué à *l'assuré* dans les plus brefs délais.

Art. 55. Intervention dans l'administration de la justice

- La sentence ne peut être opposée au *souscripteur*, à *l'assuré* ou à la personne lésée que s'ils ont été parties au procès ou s'ils ont été appelés en cause. Toutefois, la sentence qui a été prononcée dans un procès entre la personne lésée et *l'assuré* peut être opposée au *souscripteur* s'il est établi que *le souscripteur* a en fait pris lui-même le contrôle de la conduite du procès.
- Lorsque le procès est introduit contre *l'assuré* par le tribunal pénal, *le souscripteur peut être* mis en cause par la partie lésée ou par *l'assuré* et *le souscripteur* peut intervenir volontairement, dans les mêmes conditions que si la réclamation avait été portée devant un tribunal civil, mais le tribunal pénal ne peut pas se prononcer sur les droits que *le souscripteur* peut faire valoir à l'encontre de *l'assuré* ou du *client*.
- *Le souscripteur* et *l'assuré* peuvent chacun intervenir volontairement dans un procès intenté par la personne lésée contre *l'assuré* ou contre *le souscripteur* seul.
- *Le souscripteur* peut faire appel à *l'assuré* dans le procès qui lui est intenté par la personne lésée. *L'assuré* peut faire appel au *souscripteur* dans le procès qui lui est intenté par la personne lésée.

- *Le client*, qui n'est pas *la personne assurée*, peut volontairement intervenir ou être appelé dans le procès qui a été intenté contre *le souscripteur* ou contre *la personne assurée*.

Art. 56. Droit personnel de la personne lésée

Le tiers qui a subi un dommage causé par *l'assuré* a un droit personnel contre *le souscripteur*, si *l'assuré* n'a pas agi à l'égard du *souscripteur*. L'indemnisation des dommages dus par *le souscripteur* est due au *tiers* ou à ses *bénéficiaires*, à l'exclusion des autres créanciers de *l'assuré*.

Art. 57. Versement d'une indemnité pour les dommages subis

Les montants maximums par cas de dommage que *le souscripteur* peut être tenu de payer sont déterminés par les montants indiqués dans le guide des prestations pour chaque garantie. Tous les dommages qui peuvent être attribués à un seul événement causant des dommages constituent un seul et même cas de dommage.

QUE FAIRE EN CAS DE SINISTRE

Veuillez utiliser les coordonnées indiquées pendant les heures de bureau pour toutes *vos* déclarations de sinistre et demandes de renseignements, afin de ne pas encombrer *la centrale d'alarme* avec des demandes non urgentes. *Nous nous* efforçons de répondre à toutes les demandes dans les 48 heures.

Courriel : claims@expatinsurance.eu

(heures de bureau GMT +1)

Tel : +32 (0)2 463 0404 (heures de bureau GMT +1)

Pour obtenir le remboursement d'autres frais (médicaux), *nous vous* demandons de remplir et d'envoyer le formulaire de déclaration de sinistre correspondant à l'adresse suivante :

**Expat & Co,
Service des sinistres
Assessesteeweg 65
1740 Ternat
BELGIQUE**

ainsi que les factures ORIGINALES (pas de scans, pas de copies). Tous les formulaires de déclaration de sinistre sont disponibles sur *notre* site web sous la rubrique "Sinistres".

Veuillez également noter que les billets de voyage en cas de retour anticipé ou de rapatriement doivent être achetés avec l'accord préalable du *souscripteur* ou de *la centrale d'alarme*. *Vous* risquez de ne pas être entièrement remboursé si *vous* achetez les billets en premier.

EN CAS D'URGENCE

Si *vous* avez besoin d'une assistance urgente, ou si *vous* êtes *hospitalisé*, appelez ou envoyez un e-mail à *la centrale d'alarme* pour obtenir une assistance immédiate.

Tél : +32 (0)2 669 0880 (24/7)

Courriel : help@expatinsurance.eu (24/7)

ou : claims@expatinsurance.eu

(heures de bureau GMT +1)

Tel : +32 (0)2 463 0404 (heures de bureau GMT +1)

Téléchargez et sauvegardez une copie de *notre* manuel "Que faire en cas de sinistre" :

<https://www.expatinsurance.eu/en/claims>.