



---

**ASSURANCE DE BASE +  
ASSURANCE RAPATRIEMENT**

**INCLUSES DANS LE PRIX DU SEJOUR**

---

# ASSURANCE DE BASE

## ASSURANCE DES ACCIDENTS CORPORELS

### GARANTIES

Les garanties définies ci-dessous s'appliquent aux événements assurés.

#### **Article : DECES**

##### **1) Définition de la garantie**

Si l'assuré décède des suites d'un accident, cette assurance garantit le paiement du capital fixé au bulletin d'adhésion.

La garantie n'est acquise que si le décès intervient dans un délai de 24 mois à dater du jour de l'accident.

##### **2) Montant de la prestation**

Le montant du capital est celui garanti au jour du décès.

##### **3) Bénéficiaire**

Sauf disposition contraire prévue au bulletin d'adhésion, le capital est versé :

- aux parents s'il s'agit d'un enfant,
- au conjoint de l'assuré,
- au concubin ou pacsé notoirement déclaré de l'assuré,
- à défaut aux enfants et descendants nés ou à naître de l'assuré,
- à défaut aux ascendants privilégiés par parts égales ou au survivant,
- à défaut aux héritiers de l'assuré.

##### **4) Non-cumul des garanties "Décès" et "Invalidité"**

En aucun cas, le capital dû en cas de décès ne peut se cumuler avec la prestation servie en cas d'invalidité permanente.

Si le décès, quoique survenant dans le délai de 24 mois à dater de l'événement assuré, se produit après qu'un règlement ait été effectué au titre de la garantie "Invalidité permanente", le bénéficiaire perçoit la différence entre le montant de la garantie prévue en cas de décès et la somme allouée au titre de l'invalidité permanente.

##### **5) Formalités en cas de décès**

Les pièces suivantes doivent être fournies à l'assureur :

- un justificatif de l'identité du bénéficiaire (copie de carte d'identité, de passeport, de livret de famille...),
- le certificat médical post-mortem,
- le procès-verbal prévu par l'article 81 du Code civil en matière de mort violente.

#### **Article 2 : INVALIDITE PERMANENTE**

##### **1) Définition de la garantie**

L'assuré est réputé en état d'invalidité permanente lorsque ses fonctions physiologiques sont définitivement réduites à la suite d'un accident.

## 2) Reconnaissance de l'état d'invalidité permanente

L'état d'invalidité permanente doit être reconnu dès la consolidation des séquelles de l'accident et au plus tard à l'expiration d'un délai de vingt-quatre mois à dater du jour de l'accident.

## 3) Détermination du taux d'invalidité

Le taux d'invalidité permanente est fixé, selon les modalités prévues au barème fonctionnel indicatif du "CONCOURS MEDICAL", par expertise médicale réalisée en France et sans tenir compte de la profession de l'assuré.

Cette évaluation doit faire abstraction des invalidités permanentes reconnues antérieurement à la prise d'effet et/ou au cours du contrat. En cas de lésions associées suite à un même accident, le taux doit être apprécié globalement.

Le taux ainsi déterminé est considéré comme définitif, donc non révisable.

## 4) Montant de la prestation

Toute invalidité permanente d'un taux supérieur à celui de la franchise éventuellement prévue au bulletin d'adhésion entraîne le paiement d'un capital à l'assuré, sans application de ladite franchise.

Si le taux d'invalidité permanente atteint 66 %, le capital est versé en totalité.

Le montant du capital de base retenu est celui garanti à la date de survenance de l'accident.

La prestation versée est égale au capital de base multiplié par le taux retenu.

## 5) Formalités en cas de sinistre

Outre les obligations générales, l'assuré doit fournir à l'assureur un certificat médical de consolidation.

## Article 3 : REMBOURSEMENT DE SOINS

### 1) Définition de la garantie

**En cas de soins nécessités par l'événement assuré**, cette assurance garantit à l'assuré le remboursement :

- des honoraires médicaux, chirurgicaux et d'auxiliaires médicaux,
- des frais pharmaceutiques, d'hospitalisation, de cure thermale,
- des frais de transport,
- des frais de lunetterie, optique, prothèse dentaire, prothèse auditive,
- du coût des appareils de prothèse (à l'exception des frais de renouvellement).

La garantie est étendue au remboursement du forfait journalier institué par l'article 4 de la loi n°83-25 du 19 janvier 1983.

**Sont exclus les frais résultant d'un séjour dans les maisons de repos et de convalescence, aériums, hospices et les établissements ou secteurs qualifiés de "long séjour"** (dont la circulaire ministérielle n° 1403 du 6 juin 1977 a défini les modalités d'organisation et de fonctionnement).

### 2) Conditions de remboursement

Aucun traitement, médicament, appareil, intervention ou hospitalisation, **n'est pris en charge s'il n'a pas été prescrit et exécuté par un praticien légalement habilité ou un établissement régulièrement agréé**, conformément à la réglementation du pays où sont dispensés les soins.

Lorsque l'assuré dispose d'un régime de prévoyance sociale, seuls les frais ayant fait l'objet d'un remboursement de ce régime peuvent donner lieu à un remboursement au titre du présent contrat. Ces dispositions ne s'appliquent pas aux frais énumérés aux paragraphes 3-b) et 3-c) ci-dessous.

Lorsque l'assuré ne dispose pas de régime de prévoyance sociale, les conditions de remboursement sont les mêmes que celles du régime général de la Sécurité sociale. Ces dispositions ne s'appliquent pas aux frais de transport prescrits par une autorité médicale mais non remboursables par la Sécurité sociale.

### **3) Base et montant du remboursement (dans la limite des frais réels)**

a) Sauf en cas de bris de lunettes correctrices, de perte de lentilles et prothèse dentaire, le remboursement est effectué sur la base du tarif conventionnel de la Sécurité sociale, affecté du pourcentage de garantie mentionné au bulletin d'adhésion.

Pour les assurés sociaux, ce montant **vient en complément** des sommes perçues au titre du régime social ou d'un autre régime de prévoyance collective.

Pour les non-assurés sociaux qui ne bénéficient pas d'un contrat "Remboursement de soins", le remboursement est calculé sur la base du tarif conventionnel de la Sécurité sociale.

b) Bris de lunettes correctrices, perte de lentilles, prothèse dentaire, prothèse auditive :

Le règlement des frais d'acquisition est effectué dans la limite des frais réels engagés au-delà de l'intervention d'un régime maladie et complémentaire, sur la base d'un forfait dont le montant est fixé au bulletin d'adhésion.

c) Transport de l'assuré

Sont remboursés :

- les frais de transport et d'accompagnement éventuel de l'assuré, effectués d'urgence ou sur l'ordre du médecin traitant,
- les frais de transport exposés à l'occasion d'un traitement spécial relevant des catégories ci-après définies par la nomenclature des actes professionnels : médecine physique, soins dispensés par les auxiliaires médicaux, électrothérapie et traitement par rayons ultraviolets, lumineux ou infrarouges,
- les frais de transport prescrits par une autorité médicale mais non remboursables par la Sécurité sociale, dans la limite des frais réels engagés justifiés, à concurrence de la somme dont le montant est fixé au bulletin d'adhésion.

Sauf cas d'urgence, ces frais sont soumis à la formalité de l'entente préalable.

Le remboursement est calculé sur la base :

- du moyen de transport le plus économique, compatible avec l'état médical de l'assuré, sans pouvoir excéder, si ce transport est réalisé par véhicule privé, le double du prix de billet de chemin de fer de deuxième classe ;
- de la distance aller et retour de la résidence habituelle de l'assuré au cabinet du praticien ou à l'établissement de soins le plus proche, compte tenu de la nature du traitement prescrit.

***Sont exclus, sauf en cas d'urgence, les frais de transport pour consultation, examen radiologique, traitements spéciaux autres que ceux visés ci-dessus.***

### **4) Formalités en cas de sinistre**

Outre les obligations générales, l'assuré doit fournir à l'assureur le décompte original après intervention des régimes de prévoyance.

#### **Article 4 :4 : GARANTIE POLIOMYELITE AIGUE ET MENINGITE CEREBRO-SPINALE**

Cette assurance garantit le paiement des indemnités en cas d'invalidité permanente et de remboursements de soins en cas de poliomyélite antérieure aiguë ou de méningite cérébro-spinale, survenant à une personne assurée lorsque la première constatation médicale est postérieure de QUINZE JOURS, soit à la prise d'effet du contrat, soit à l'incorporation au contrat pour les personnes assurées au cours d'une période d'assurance.

Toutefois :

- 1) en cas d'invalidité permanente partielle, les invalidités dont le taux est égal ou inférieur à dix pour cent ne donnent droit à aucune indemnité ;
- 2) en ce qui concerne la garantie poliomyélite antérieure aiguë, la prise en charge des frais de séjour dans les établissements qualifiés pour la rééducation des infirmes est subordonnée à l'entente préalable de l'assureur ;
- 3) les frais de traitement sont remboursés à concurrence, pour chaque sinistre, d'un montant égal à QUATRE MILLE FOIS la valeur de remboursement de la visite médicale à domicile par un omnipraticien, à la date de la première constatation médicale.

#### **Article 5 : 5 : FRAIS DE RECHERCHES ET DE SECOURS**

Cette assurance garantit, à concurrence du montant fixé au bulletin d'adhésion, le paiement des frais nécessaires à la recherche et au sauvetage de l'assuré à la suite d'un accident ou de tout autre événement mettant sa vie en danger et survenant au cours des activités assurées.

#### **Article 6 : 6 : FRAIS DE RAPATRIEMENT**

Cette assurance garantit, à concurrence du montant fixé au bulletin d'adhésion, le remboursement des frais de rapatriement d'une personne ayant la qualité d'assuré et de son accompagnant, du lieu de sinistre à celui de l'établissement hospitalier le plus proche du domicile de l'assuré ou au domicile de l'assuré en cas :

- de décès,
- d'accident ou de maladie nécessitant, en raison, soit de son état, soit de l'urgence et suivant prescription d'une autorité médicale, son rapatriement par un moyen de transport autre que celui utilisé pour le voyage.

Toutefois, dans le cadre des séjours itinérants, la garantie s'applique dès lors qu'une autorité médicale aura constaté l'inaptitude à la poursuite du séjour.

***Cette assurance s'applique uniquement pendant la durée des activités organisées.***

2021

# ASSURANCE RAPATRIEMENT



## Tableaux des garanties

### L'assistance rapatriement

PRESTATIONS	MONTANTS TTC maximum / personne
<p><b>Assistance rapatriement</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Transport / rapatriement</li> <li>• Présence hospitalisation</li> <li>• Prolongation de séjour</li> <li>• Retour des accompagnants et prise en charge des frais de séjour</li> <li>• Retour des enfants mineurs bénéficiaires et hébergement de l'accompagnant</li> <li>• Retour de l'enfant mineur bénéficiaire hospitalisé et de l'accompagnant ou encadrant sur le lieu de séjour</li> <li>• Retour anticipé</li> <li>• Chauffeur de remplacement</li> <li>• Rapatriement du corps en cas de décès</li> <li>• Prise en charge des frais de cercueil</li> <li>• Assistance juridique à l'Etranger</li> <li>• Avance de la caution pénale à l'Etranger</li> <li>• Frais de recherche et secours (y compris frais de secours sur piste)</li> <li>• Assistance en cas de vol ou perte des papiers d'identité</li> <li>• Transmission de messages urgents</li> <li>• Envoi de médicaments</li> <li>• Ecoute et soutien psychologique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Frais réels</li> <li>• Billet aller-retour + 80 € / nuit (10 nuits maximum)</li> <li>• 80 € / nuit (10 nuits maximum)</li> <li>• Billet retour + 80 € / nuit (10 nuits maximum)</li> <li>• Billet aller-retour + 80 € / nuit (4 nuits maximum)</li> <li>• Titre de transport</li> <li>• Billet retour</li> <li>• Salaire chauffeur</li> <li>• Frais réels</li> <li>• 2 500 € / personne</li> <li>• 5 000 € / personne</li> <li>• 10 000 € / personne</li> <li>• 3 000 € / personne et 15 000 € / événement</li> <li>• Frais d'expédition</li> <li>• 5 entretiens téléphoniques de 30 minutes par personne et par événement</li> </ul>
<p><b>Frais médicaux</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Remboursement des frais médicaux à l'étranger et avance des frais d'hospitalisation à l'étranger <ul style="list-style-type: none"> <li>USA, Canada, Asie, Australie</li> <li>Reste du monde</li> </ul> </li> <li>☐ <i>Franchise pour les frais médicaux</i></li> <li>• Remboursement des soins dentaires d'urgence</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 80 000 € / personne</li> <li>• 40 000 € / personne</li> <li>• 30 € / personne</li> <li>• 160 € / personne</li> </ul>
<p><b>Responsabilité civile</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dommages corporels et matériels confondus</li> <li>☐ <i>Franchise</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 500 000 € TTC / personne</li> <li>• 75 € / sinistre (sauf corporel)</li> </ul>

### Individuelle accident

- |  |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Capital décès accidentel</li> <li>• Capital infirmité permanente accidentelle</li> <li>• Maximum / événement</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 10 000 € maximum / personne</li> <li>• 10 000 € maximum / pers et 150 000€ / événement</li> </ul> |
|--|--|