

NOTICE D'INFORMATION ASSURANCE V.I



Sommaire

1. FRAIS DE SANTÉ > P3-36

- Généralités
- Garanties et prestations
- Définitions
- Exclusions

2. ASSISTANCE RAPATRIEMENT ET RISQUES SPECIAUX > P37-49

- Généralités
- Garanties et prestations
- Définitions
- Exclusions

3. PRÉVOYANCE > P50-94

- Généralités
- Garanties et prestations
- Définitions
- Exclusions

4. RESPONSABILITÉ CIVILE VIE PRIVÉE > P95-103

- Généralités
- Garanties et prestations
- Définitions
- Exclusions

5. PROTECTION JURIDIQUE > P104-116

- Généralités
- Garanties et prestations
- Définitions
- Exclusions

FRAIS DE SANTÉ

Notice d'information

En qualité de volontaire international géré par BUSINESS FRANCE, vous bénéficiez d'une couverture d'assurance en frais de santé garantissant des remboursements de frais médicaux reconnus par l'Assurance Maladie – Maternité de la Sécurité sociale française.

Le contrat d'assurance No 705 194 a été souscrit par BUSINESS France, auprès de la société d'assurance :

AXA France Vie

Société Anonyme au capital de 487 725 073,50 €

Immatriculée au R.C.S. de Nanterre, sous le numéro 310 499 959

Régie par le Code des assurances dont le siège social est situé à cette adresse :

313, Terrasses de l'Arche

92727 NANTERRE Cedex – France

Autorité chargée du contrôle d'AXA France Vie :
Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (A.C.P.R.)
61 rue Taitbout 75 009 Paris

Les modalités de mise en œuvre des garanties et le détail des prestations auxquelles vous avez droit à effet du 1^{er} Janvier 2022 sont définis dans la présente notice d'information.



Couverture Santé d'entreprise

NOTICE D'INFORMATION

Relative au CONTRAT N° **705 194**
régi par le Code des assurances

Souscrit par

BUSINESS FRANCE
RCS n° 451 930 051
dont le siège social est situé
77 boulevard Saint JACQUES
75998 Paris 14

Ci-après dénommée « **SOUSCRIPTEUR** »,
agissant pour son compte

auprès de

AXA France Vie
RCS n° 310 499 959
dont le siège social est situé
313, Terrasses de l'Arche
92727 NANTERRE Cedex - France

Ci-après dénommée « **ASSUREUR** »,

Les cocontractants sont désignés individuellement par « Partie » ou collectivement par « Parties ».

**LA PRÉSENTE NOTICE D'INFORMATION FAIT ÉTAT DES GARANTIES APPLICABLES AU
01/01/2024
« REGIME DE BASE OBLIGATOIRE - VOLONTAIRES INTERNATIONAUX COUVERTS AU 1^{ER}
EURO »**

SOMMAIRE

Chapitre 1. DISPOSITIONS GENERALES	6
Article 1. OBJET DU CONTRAT	6
Article 2. EFFET ET DUREE DU CONTRAT	6
Article 3. CATEGORIE ASSUREE	7
Article 4. PERIODE D'ASSURANCE	8
4.1. ADMISSION A L'ASSURANCE	8
4.2. CESSATION DE L'ASSURANCE	8
4.3. EFFET DES GARANTIES	9
Article 5. PRESCRIPTION	9
Article 6. RECLAMATION	11
Article 7. SUBROGATION	11
Article 8. FAUSSE DECLARATION	11
Article 9. MESURES RESTRICTIVES DEFINIES PAR LA REGLEMENTATION FRANÇAISE ET INTERNATIONALE	12
Article 10. CLAUSE DE LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME	12
Article 11. TRAITEMENT DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL	12
Chapitre 2 GARANTIE REMBOURSEMENT DE FRAIS MEDICAUX AU 1^{er} EURO OBJET DE LA GARANTIE	14
Article 1. AYANTS DROIT	14
Article 2. DISPOSITIONS APPLICABLES AUX AYANTS DROIT	14
2.1. ADMISSION A L'ASSURANCE	14
2.2. RADIATION DE L'ASSURANCE	15
Article 3. DELAIS D'ATTENTE	15
Article 4. ETENDUE DE LA GARANTIE	15
4.1. NATURE DES FRAIS MEDICAUX PRIS EN CHARGE	15
4.2. ETENDUE GEOGRAPHIQUE	16
Article 5. ENTENTE PREALABLE	16
5.1. HOSPITALISATION ET MATERNITE	17
5.2. MEDECINE AMBULATOIRE COURANTE	17
5.3. DENTAIRE	18
5.4. PROTHESES MEDICALES	18
5.5. AUTRES FRAIS	18
Article 6. LES MODALITES DE PRISE EN CHARGE DES FRAIS MEDICAUX OUVRANT DROIT A PRESTATION	19
6.1. DEFINITIONS PREALABLES	19
6.2. HOSPITALISATION MEDICALE ET CHIRURGICALE	19
6.3. TRANSPORT EN AMBULANCE TERRESTRE	22
6.4. MEDECINE AMBULATOIRE COURANTE	22
6.4.1. VISITE DE DEBUT ET DE FIN DE VOLONTARIAT	23
6.5. MEDECINE PREVENTIVE	24
6.6. OPTIQUE MEDICALE	25
6.7. DENTAIRE	26
6.8. AUTRES PROTHESES	28
6.9. MATERNITE	28
6.10. FRAIS NON PRIS EN CHARGE	29
Article 7. FRANCHISES	30
Article 8. EXCLUSIONS	30
8.1. EXCLUSIONS COMMUNES	30
Article 9. PIECES A FOURNIR EN CAS DE SINISTRE	30

9.1. DANS LE CAS D'UN REGIME INTERVENANT AU 1 ^{ER} EURO	30
9.2. DECHEANCE DE LA GARANTIE	31
9.3. CONTRÔLE DE L'ASSUREUR	31

PREAMBULE

Le Contrat auquel se rapporte la présente notice d'information est régi par le Code des assurances français. L'interprétation et l'exécution du Contrat sont soumises au droit français.

L'autorité de contrôle est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), située 4, place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09 - France.

La présente notice d'information établie par l'Assureur en application de l'Article L. 141-4 du Code des assurances est jointe au Contrat pour en faire partie intégrante.

La langue du Contrat et des échanges entre les Parties en exécution du Contrat est le français, seule la version française fait foi dans l'hypothèse où le Contrat fait l'objet d'une copie et/ou d'une traduction dans une autre langue.

Le Souscripteur déclare être pleinement informé de ce que l'Assureur est soumis, en raison de sa qualité d'organisme financier, aux obligations légales issues principalement du Code monétaire et financier en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux et notamment à une obligation de déclaration auprès du service Tracfin en cas de soupçon.

Préambule - Définitions

Dans le Contrat et la présente notice d'information, les mots ou expressions, qu'ils soient au singulier ou au pluriel, commençant avec une majuscule, auront la signification qui suit :

- « **Accident** » : toute atteinte corporelle non intentionnelle provoquée par l'action violente, soudaine et inattendue d'une cause extérieure, à l'exclusion d'une maladie aiguë ou chronique.
- « **Annexe** » : document joint au Contrat qui en constitue un élément indivisible ;
- « **Assureur** » : AXA France Vie qui garantit les risques souscrits ;
- « **Assuré** » : personne physique appartenant à la Catégorie Assurée et bénéficiant des garanties prévues au Contrat. Il est indifféremment employé le terme au masculin singulier ;
- « **Ayant(s) droit** » : personne(s) physique(s) au profit de laquelle ou desquelles les prestations sont versées lorsque s'applique la garantie souscrite, en raison du lien familial dont elle bénéficie avec l'Assuré, listées limitativement à l'Article 1. du Chapitre 2.
- « **Base de remboursement SS** » : base de remboursement utilisée par la Sécurité sociale française pour les actes ou prescriptions délivrés par les professionnels de santé ;
- « **Bénéficiaire(s)** » : désigne l'Assuré et son/ses Ayants droit ;
- « **Catégorie Assurée** » : Assuré entrant dans le champ de l'Article 3. du Chapitre 1, bénéficiant des garanties prévues au Contrat ;
- « **Commission Médicale** » : Il s'agit d'une instance chargée de donner son avis motivé sur les cas médicaux qui lui sont soumis notamment dans les cas des demandes d'entente préalable ;
- « **Déléataire** » : Personne morale missionnée par l'Assureur afin de déléguer toute ou partie de la gestion du présent Contrat ;
- « **Déplacement professionnel** » : tout déplacement ou voyage dans le cadre de l'activité professionnelle de l'Assuré ;
- « **Garantie** » : engagement de l'Assureur de verser une prestation en cas de Sinistre survenant entre la date d'admission à l'assurance et la date de cessation de l'assurance, telles que définies à l'Article 4. du Chapitre 1 ;
- « **Nouveau-né** » : enfant qui vient de naître jusqu'à son vingt-huitième (28^{ème}) jour ;
- « **Pays d'origine** » : Pays figurant sur le passeport du bénéficiaire de l'assurance et/ou le pays déclarés comme pays d'origine sur la Demande individuelle d'affiliation.
- « **Pays d'affectation** » : pays d'exercice de l'activité professionnelle de l'Assuré ;
- « **Risque** » : événement futur, incertain et dommageable, affectant un Assuré dont la réalisation est prise en considération par une garantie objet du présent Contrat,

et qui, sous réserve des conditions du présent Contrat, constitue un Sinistre en cas de réalisation ;

- « **Sinistre** » : réalisation d'un Risque assuré par l'Assureur ;
- « **Soins infirmiers** » : soins infirmiers prodigués à la suite d'une maladie grave ou d'une hospitalisation en raison de l'incapacité de l'Assuré à réaliser les actes courants de la vie quotidienne. Les soins sont soumis à entente préalable et doivent faire l'objet d'une demande auprès de la Commission médicale de l'Assureur ou de son Délégué ;
- « **Urgence Médicale** » : apparition d'un état pathologique soudain, imprévu et aigu causé par un accident ou une Maladie Inopinée, nécessitant sans délais, la consultation, visite, et/ou la prescription, administration d'un traitement médical proportionné et adapté, par des professionnels de santé régulièrement habilités et autorisés selon les règles et standards médicaux du pays dans lequel sont prodigués les soins. Seul le traitement médical prodigué dans les premières 24 heures à compter du Sinistre est couvert.

Par « **Maladie Inopinée** », il faut entendre toute altération de la santé médicalement constatée, soudaine et imprévisible qui ne doit pas avoir de lien de cause à effet avec le motif d'une maladie ou d'une hospitalisation antérieure à la date de départ en déplacement.

L'urgence est appréciée et reconnue comme telle par une autorité compétente et confirmée ultérieurement lors de la discussion de l'observation médicale. L'urgence médicale ne comprend pas ce qui est énuméré ci-dessous :

- Fausse urgence : situation considérée comme urgente par les appelants mais qui ne l'est pas du strict point de vue médical ;
- Urgence relative : situation d'un patient dont le traitement peut attendre ;
- Urgence ressentie : période de latence ou urgence potentielle où il y a peu de signes attirant l'attention du point de vue médical.

Chapitre 1.

DISPOSITIONS GENERALES

ARTICLE 1. OBJET DU CONTRAT

Le Contrat auquel se rapporte la présente notice d'information (ci-après « Contrat ») a pour objet d'assurer, la totalité des volontaires internationaux appartenant à la catégorie visée à l'Article 3. du présent Chapitre et répondant aux conditions d'admission visées à l'Article 4. du présent Chapitre, pour les garanties ci-après listées :

- (i) la garantie « REMBOURSEMENT DE FRAIS MEDICAUX AU 1^{er} EURO » telle que prévue au Chapitre 2 ;

Le Contrat prévoit une couverture au 1^{er} euro, qui se caractérise par l'intervention au premier rang de l'Assureur qui n'intervient pas en principe, en complément d'un régime facultatif ou obligatoire de base, sous réserve des dispositions de l'Article 6. du Chapitre 2.

L'ASSUREUR DECLINE TOUTE RESPONSABILITE EN CAS DE NON-AFFILIATION DE L'ASSURE A UN REGIME LOCAL OBLIGATOIRE DE BASE EN CONTRADICTION AVEC LE CARACTERE OBLIGATOIRE DE LA LOI LOCALE.

ARTICLE 2. EFFET ET DUREE DU CONTRAT

LE CONTRAT PREND EFFET LE PREMIER JANVIER DEUX MILLE VINGT DEUX.

LE CONTRAT EST CONCLU POUR UNE PERIODE ALLANT JUSQU'AU TRENTE ET UN (31) DECEMBRE DEUX MILLE VINGT TROIS ET SE RENOUVELLE ENSUITE PAR TACITE RECONDUCTION, AU 1ER JANVIER DE CHAQUE ANNEE POUR DEUX PERIODES SUCCESSIVES D'UN AN.

AU DELA DE LA PERIODE DE DEUX ANS, IL PEUT ETRE DENONCE SUR L'INITIATIVE DE L'UNE OU L'AUTRE DES PARTIES, AU MOYEN D'UNE LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE DE RECEPTION ENVOYEE, SOUS RESERVE DU RESPECT D'UN PREAVIS DE SIX (6) MOIS POUR L'ASSUREUR ET DE TROIS (3) MOIS POUR LE SOUSCRIPTEUR.

LE CONTRAT PEUT EGALEMENT PRENDRE FIN A L'INITIATIVE DE L'ASSUREUR :

- (i) à tout moment lorsque le nombre de personnes assurées ne représente plus la totalité de la catégorie de personnel définie à l'Article 3 du présent Chapitre ;
- (ii) en cas de non-paiement des cotisations.

Le Contrat peut être résilié par le Souscripteur à l'échéance annuelle de son renouvellement, par la notification de la résiliation à l'Assureur moyennant un préavis minimum de trois (3) mois, la date d'expédition de la notification faisant foi pour le respect du délai.

La demande de résiliation doit être notifiée à l'Assureur, conformément à l'article L 113-14 du Code des assurances :

- (i) par lettre simple ou recommandée envoyée à l'adresse postale dédiée mise à disposition sur le site internet axa.fr ;
- (ii) par voie électronique selon les modalités précisées sur le site internet axa.fr.

A réception par l'Assureur de la notification, une confirmation écrite est adressée par l'Assureur au Souscripteur, précisant la date de prise d'effet de la résiliation ("Date de Résiliation").

Le Souscripteur n'est redevable que de la partie de la cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert, cette période étant calculée jusqu'à la Date de Résiliation. En cas de trop perçu, le solde est remboursé par l'Assureur dans un délai de trente (30) jours à compter de la Date de Résiliation. En cas de restant dû, il est acquitté selon les dispositions concernant le règlement des cotisations prévues à l'Article « cotisations » du présent Contrat.

Si la résiliation a pour motif la souscription d'un contrat auprès d'un nouvel assureur et que celui-ci effectue les formalités de résiliation pour le compte du Souscripteur, les garanties sont maintenues, sous réserve du paiement des cotisations jusqu'à la date d'effet du nouveau contrat d'assurance.

Le Contrat peut être résilié par l'Assureur par lettre recommandée, au plus tard six (6) mois avant l'échéance annuelle de son renouvellement, le cachet de la poste faisant foi.

ARTICLE 3. CATEGORIE ASSUREE

La Catégorie Assurée se compose de l'ensemble des volontaires internationaux affectés à l'étranger dont la gestion a été confiée au Souscripteur par l'Etat français.

Par « volontaire international », on entend : toute personne dont les conditions sont fixées par la loi du quatorze mars deux mille (14/03/2000), français ou ressortissant d'un ETAT membre de l'Union Européenne ou d'un autre Etat participant à l'accord sur l'Espace Economique Européen et effectuant un volontariat international dans le monde entier où la France a des relations diplomatiques de durée variable (minimum six mois, maximum vingt-quatre mois), faisant l'objet d'une décision d'affectation des ministères compétents, et désignée par le Souscripteur.

ARTICLE 4. PERIODE D'ASSURANCE

4.1. ADMISSION A L'ASSURANCE

L'admission à l'assurance (ci-après « **Période d'assurance** ») a lieu à la date d'entrée dans la Catégorie Assurée, et au plus tôt, à la date d'effet du contrat, à condition qu'au moment de leur affiliation les volontaires internationaux complètent une Demande Individuelle d'Affiliation fournie par l'Assureur ou par le Délégataire pour, le cas échéant, déclarer leurs ayants droit tels que définis à l'Article 1 du Chapitre 2 dans les trente (30) jours suivant la date de son début de mission.

Il est précisé que la Demande Individuelle d'Affiliation peut être effectuée selon le process établi par le Délégataire de l'Assureur.

4.2. CESSATION DE L'ASSURANCE

L'assurance se poursuit pendant l'existence du présent Contrat ; elle prend fin pour chaque Assuré :

- (i) à la date à laquelle l'Assuré ne fait plus partie de la Catégorie Assurée (au lendemain de la fin du statut de volontaire international) ;
- (ii) au plus tard au jour de son 31^{ème} anniversaire ;
- (iii) à la date de liquidation d'une pension pour inaptitude au travail de la Sécurité sociale française ou assimilée ;
- (iv) à la date de résiliation du présent Contrat.

Toutefois dans le cas où l'Assuré, en fin de mission en tant que volontaire est hospitalisé lors de la cessation de ses garanties, les prestations directement liées à cette hospitalisation continuent à être prise en charge par le présent contrat (avec une limitation de la chambre particulière à 60 jours et selon le niveau de garantie Soins en France), sous réserve du respect des conditions cumulatives suivantes :

- (i) L'hospitalisation doit intervenir en France (ou dans le pays de résidence de l'Union européenne avant affectation) sauf si celle-ci a débuté à l'étranger (pays d'affectation ou pays tiers en cas de déplacement validé par Business France) et que l'Assuré n'est pas rapatriable. Tant que le rapatriement n'est médicalement pas possible la couverture se poursuit au 1^{er} euro.
- (ii) Dans le cas où l'hospitalisation aurait lieu dans un pays de résidence de l'Union européenne :
 - i. le contrat ne pourra intervenir que en complément régime de Sécurité sociale Français ou régime local obligatoire d'Assurance Maladie ;

- ii. le montant de l'intervention au titre du contrat serait limité au montant qui aurait été pris en charge en France.
- (ii) le volontaire doit avoir demandé à recouvrer ses droits au régime de Sécurité sociale Français ou régime local obligatoire d'Assurance Maladie auquel il était affilié avant son départ en mission et solliciter son intervention en premier lieu ; le Volontaire doit justifier avoir fait les démarches nécessaires pour la souscription auprès dudit régime ;
- (iii) la durée de l'hospitalisation, évaluée par le médecin conseil de l'Assureur, doit être en adéquation avec la pathologie du volontaire. A cet effet, il est précisé que le médecin conseil de l'Assureur se réserve le droit de diligenter une expertise médicale afin de valider cette durée ;
- (iv) que le présent contrat ne soit pas résilié.

Post volontariat, la prise en charge de la garantie chambre particulière est limitée à 60 jours, avec le niveau de garantie fixé pour les soins en France

En tout état de cause le maintien cesse dès la fin de l'hospitalisation.

4.3. EFFET DES GARANTIES

Les garanties prennent effet pour l'Assuré au premier (1^{er}) de chaque mois d'entrée dans la catégorie assurée même lorsque l'affiliation à l'assurance intervient postérieurement à cette date.

ARTICLE 5. PRESCRIPTION

Conformément aux dispositions de l'Article L. 114-1 du Code des assurances, toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux (2) ans à compter de l'évènement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

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

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

La prescription est portée à dix (10) ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le Bénéficiaire est une personne distincte du Souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les Ayants droit de l'Assuré décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du paragraphe 1. (ii), les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente (30) ans à compter du décès de l'Assuré.

Conformément à l'Article L114-2 du Code des assurances, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'Assureur à l'Assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'Assuré à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription auxquelles l'Article L. 114-2 du Code des assurances fait référence sont :

- (i) La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait qui interrompt le délai de prescription (Article 2240 du Code civil) ;
- (ii) La demande en justice, même en référé, qui interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion. Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure (Article 2241 du Code civil) ;
- (iii) L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance (Article 2242 du Code civil) ;
- (iv) L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée (Article 2243 du Code civil) ;
- (v) Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée (Article 2244 du Code civil) ;
- (vi) L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers. En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu.
Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers (Article 2245 du Code civil) ;

- (vii) L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution (Article 2246 du Code civil).

Conformément à l'Article L. 114-3 du Code des assurances, par dérogation à l'Article 2254 du Code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

ARTICLE 6. RECLAMATION

Indépendamment du droit de l'Assuré d'engager une action en justice, si, après avoir contacté son interlocuteur privilégié ou le service clients par téléphone ou par courrier, une incompréhension subsiste, il peut être fait appel au service suivant de l'Assureur en précisant le nom et le numéro du Contrat ainsi que ses coordonnées complètes :

AXA Santé et Collectives
Direction Relations Clientèle
TSA 46 307
95901 Cergy Pontoise cedex 9 - France

La situation de l'Assuré sera étudiée avec le plus grand soin : un accusé de réception sera adressé à l'Assuré sous dix (10) jours et une réponse lui sera alors adressée dans un délai de soixante (60) jours (sauf si la complexité nécessite un délai complémentaire).

Si aucune solution n'a été trouvée, l'Assuré pourra ensuite faire appel au Médiateur de l'Assurance, personnalité indépendante, en écrivant à l'adresse suivante - La Médiation de l'Assurance TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09 - France, ou sur son site internet <http://www.mediation-assurance.org>. L'intervention du médiateur est gratuite.

Le Médiateur formulera un avis dans les quatre-vingt-dix (90) jours à compter de la date à laquelle il a notifié sa saisine. Son avis ne s'impose pas et laissera à l'Assuré toute liberté pour saisir éventuellement le Tribunal français compétent.

ARTICLE 7. SUBROGATION

Les prestations ayant un caractère indemnitaire et étant versées en remboursement des frais supportés par l'Assuré, il pourra être fait application, le cas échéant, des dispositions de l'Article L. 121-12 du Code des assurances : « L'Assureur est subrogé, à concurrence des sommes versées par lui, dans les droits et actions de l'Assuré, contre tout tiers responsable ».

ARTICLE 8. FAUSSE DECLARATION

LE CONTRAT D'ASSURANCE EST NUL EN CAS DE RETICENCE OU DE FAUSSE DECLARATION INTENTIONNELLE DE LA PART DU SOUSCRIPTEUR, QUAND CETTE RETICENCE OU CETTE FAUSSE DECLARATION CHANGE L'OBJET DU RISQUE ET EN DIMINUE L'OPINION POUR L'ASSUREUR

ALORS MEME QUE LE RISQUE OMIS OU DENATURE PAR LE SOUSCRIPTEUR A ETE SANS INFLUENCE SUR LE SINISTRE. LES COTISATIONS PAYEES DEMEURENT ALORS ACQUISES A L'ASSUREUR QUI A DROIT AU PAIEMENT DE TOUTES LES COTISATIONS ECHUES A TITRE DE DOMMAGES INTERETS.

LE TERME DECLARATION DESIGNER TOUS LES DOCUMENTS TRANSMIS A L'ASSUREUR PERMETTANT L'EVALUATION DU RISQUE.

ARTICLE 9. MESURES RESTRICTIVES DEFINIES PAR LA REGLEMENTATION FRANÇAISE ET INTERNATIONALE

Le Contrat sera sans effet et l'Assureur ne sera pas tenu de payer une indemnité ou de fournir des garanties au titre du présent Contrat dès lors que l'exécution du Contrat exposerait l'Assureur aux sanctions, interdictions ou aux restrictions résultant des résolutions des Nations Unies ou aux sanctions économiques ou commerciales prévues par les lois ou règlements édictées par l'Union européenne, le Royaume Uni ou les Etats-Unis d'Amérique.

ARTICLE 10. CLAUSE DE LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME

L'Assureur, en sa qualité d'organisme financier, est soumis aux obligations légales de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme issues principalement des Articles L. 561-1 et suivants du Code monétaire et financier.

Afin de permettre à l'Assureur de respecter ces obligations, le Souscripteur s'engage à remettre à ce dernier les éléments et justificatifs d'identification et de connaissance client qui lui sont relatifs ainsi que ceux concernant les Assurés salariés. En vertu du principe de vigilance constante, l'ensemble de ces éléments devront être actualisés notamment au moment de la délivrance de la prestation au profit de l'Assuré salarié.

Le Souscripteur s'engage par ailleurs à ce que les sommes qui sont ou seront versées par ses soins au titre de ce contrat ne proviennent pas d'une fraude fiscale ou de toute autre infraction passible d'une peine privative de liberté supérieure à un (1) an et ne participent pas au financement du terrorisme.

En cas de non-respect de ces différentes obligations, l'Assureur se réserve le droit d'effectuer une déclaration de soupçon auprès de TRACFIN ou toute autre démarche auprès des autorités compétentes conformément à la réglementation susvisée.

Article 11. TRAITEMENT DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL

Dans le cadre de votre relation avec une société du groupe AXA pour un contrat d'assurance, cette dernière va principalement utiliser vos données pour la passation, la gestion (y compris commerciale) et l'exécution de celui-ci. Elle sera également susceptible de les utiliser (i) dans le cadre de contentieux, (ii) pour la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du

terrorisme, (iii) afin de se conformer à une réglementation applicable, ou (iv) pour l'analyse de tout ou partie des données vous concernant collectées au sein du groupe AXA, éventuellement croisées avec celles de partenaires choisis, afin d'améliorer nos produits (recherche et développement), évaluer votre situation ou la prédire (scores d'appétence) et personnaliser votre parcours en tant qu'assuré. Les données relatives à votre santé éventuellement recueillies seront exclusivement utilisées pour la passation, la gestion et l'exécution de votre contrat.

Vos données seront conservées le temps nécessaire à ces différentes opérations, ou pour la durée spécifiquement prévue par la CNIL (normes pour le secteur de l'assurance) ou la loi (prescriptions légales).

Elles seront uniquement communiquées aux sociétés du groupe AXA, intermédiaires d'assurance, réassureurs, partenaires ou organismes professionnels habilités qui ont besoin d'y avoir accès pour la réalisation de ces opérations. Pour ceux de ces destinataires situés en-dehors de l'Union Européenne, le transfert est limité (i) aux pays listés par la Commission Européenne comme protégeant suffisamment les données ou (ii) aux destinataires respectant soit les clauses contractuelles types proposées par la CNIL soit les règles internes d'entreprise du groupe AXA de protection des données (BCR). Les données relatives à votre santé éventuellement recueillies ne seront communiquées qu'aux seuls sous-traitants habilités de l'Assureur.

Nous sommes légalement tenus de vérifier que vos données sont exactes, complètes et, si nécessaire, mises à jour. Nous pourrions ainsi vous solliciter pour le vérifier ou être amenés à compléter votre dossier (par exemple en enregistrant votre email si vous nous avez écrit un courrier électronique).

Vous pouvez demander l'accès, la rectification, l'effacement ou la portabilité de vos données, définir des directives relatives à leur sort après votre décès, choisir d'en limiter l'usage ou vous opposer à leur traitement. Si vous avez donné une autorisation spéciale et expresse pour l'utilisation de certaines de vos données, vous pouvez la retirer à tout moment sous réserve qu'il ne s'agisse pas d'informations qui conditionnent l'application de votre contrat.

Vous pouvez écrire :

- à notre délégué à la protection des données pour exercer vos droits par email (service.informationclient@axa.fr) ou par courrier (AXA France - Service Information Client - 313 Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre cedex). Pour plus d'informations, consultez www.axa.fr/donnees-personnelles.html.

En cas de réclamation, vous pouvez choisir de saisir la CNIL.

Chapitre 2

GARANTIE REMBOURSEMENT DE FRAIS MEDICAUX

AU 1^{er} EURO OBJET DE LA GARANTIE

La garantie a pour objet le remboursement au 1^{er} euro des frais médicaux engagés par l'Assuré et ses Ayants droit tels que listés et dans les modalités prévues à l'Article 6. du présent Chapitre, et exposés pendant la Période d'assurance.

ARTICLE 1. AYANTS DROIT

L'Assuré ouvre droit à garantie pour les membres de sa famille ci-après :

- (i) le conjoint non divorcé, sous réserve de fournir un exemplaire de l'acte de mariage,
- (ii) le partenaire d'une union civile, sous réserve de fournir un exemplaire de l'acte d'union civile,
- (iii) la personne vivant maritalement avec le volontaire depuis au moins trois mois, sous réserve sous réserve de la fourniture d'un certificat de concubinage notoire délivré par l'autorité compétente ou à défaut, d'une attestation sur l'honneur de vie commune,
- (iv) les enfants célibataires et fiscalement à charge de l'Assuré ou de son conjoint affilié.

La qualité de Conjoint d'un Assuré ne peut être reconnue simultanément à plusieurs individus.

ARTICLE 2. DISPOSITIONS APPLICABLES AUX AYANTS DROIT

2.1. ADMISSION A L'ASSURANCE

Pour être bénéficiaire, l'ayant droit du volontaire ne doit pas exercer d'activité salariée et ne percevoir aucune indemnité de Pôle Emploi ou de tout autre régime assimilé, ni être ressortissant du pays dans lequel le volontaire international exerce sa mission. Il doit également accompagner le volontaire dans le pays dans lequel celui-ci exerce sa mission.

Les ayants droits du volontaire doivent partir avec lui ou le rejoindre dans un délai maximum de six mois suivant la date de son départ en mission. Le volontaire doit déclarer ses ayants droit dans via la demande individuelle d'affiliation dans les trente (30) jours suivant la date du début de sa mission. Dans le cas où le délai de six (6) mois est dépassé pour motif légitime, une demande de dérogation pourra être étudiée par l'Assureur. Si ladite demande est validée expressément par l'Assureur, un délai de carence de soixante (60) jour sera appliqué hormis pour les soins et hospitalisation d'urgence.

La date d'admission à l'assurance des Ayants droit définis à l'Article 1. du présent Chapitre est la date à laquelle ils rejoignent l'Assuré dans son pays de mission.

Lorsque la situation de famille de l'Assuré change postérieurement à sa date d'admission à l'assurance, les nouveaux Ayants droit qui répondent à la définition visée à l'Article 1. du présent Chapitre, sont admis à l'assurance dès la date dudit changement, à condition que la demande soit envoyée à l'Assureur ou à son Déléataire dans les trente (30) jours qui suivent ladite date.

A défaut, les nouveaux Ayants droit sont réputés être admis à compter du premier jour du mois civil qui suit la réception de la demande d'admission mais la couverture des frais médicaux comportera un délai d'attente de soixante (60) jours hormis pour les soins et hospitalisation d'urgence.

2.2. RADIATION DE L'ASSURANCE

La radiation des Ayants droit est effective :

- (i) dès la cessation de l'assurance pour l'Assuré, à compter de la même date ;
- (ii) dès lors qu'ils ne répondent plus aux conditions visées à l'Article 1. du présent Chapitre pour bénéficier du Contrat, à compter de la date dudit changement ;

En cas de changement de la situation de famille de l'Assuré, il lui incombe de demander la radiation dudit ou desdits Ayants droit. L'assurance cesse le dernier jour du mois civil qui suit la réception de la demande de radiation.

ARTICLE 3. DELAIS D'ATTENTE

Il n'est pas prévu de délais d'attente au titre du présent Contrat sauf dans les cas énoncés aux paragraphes 2 et 5 de l'Article 2.1 du présent Chapitre.

ARTICLE 4. ETENDUE DE LA GARANTIE

4.1. NATURE DES FRAIS MEDICAUX PRIS EN CHARGE

Les frais médicaux ouvrant droit à prestation sont ceux visés à l'Article 6. du présent Chapitre et :

- (i) qui ont été exposés entre la date d'admission à l'assurance et la date de cessation de l'assurance,
- (ii) en cas de régime au 1^{er} euro, qui auraient donné lieu à un remboursement de la Sécurité Sociale française si l'Assuré y avait été affilié, à l'exception des actes de frais médicaux pris en charge par le Contrat non couverts par la Sécurité Sociale française ;
- (iii) qui sont expressément remboursés au titre de l'Article 6. du présent Chapitre ;
- (iv) sous réserve des conditions de prise en charge et des exclusions visées respectivement à l'Article 5. et à l'Article 8. du présent Chapitre.

Aucune restriction n'est imposée quant au choix du médecin ou de l'établissement de santé à condition que les praticiens ou les établissements de santé soient agréés par les autorités

médicales et que les soins soient prodigués par des praticiens exerçant dans le champ de leur agrément.

Les frais médicaux doivent avoir été exposés dans un établissement hospitalier public ou dans un établissement hospitalier privé régulièrement autorisé, c'est-à-dire que les médecin et praticien qui exécutent l'acte ou le prescrivent, se conforment aux règles législatives, réglementaires ou de toute autre source locale, applicables à l'exercice de leur profession.

Les frais médicaux sont les dépenses supportées par le Bénéficiaire, relatives à des actes (i) effectués par un médecin régulièrement autorisé et (ii) prescrits par un médecin régulièrement autorisé et effectués par un praticien lui aussi régulièrement autorisé.

Les prestations ne seront payées par l'Assureur que dans la mesure où les dépenses sont RAISONNABLES ET HABITUELLES. La prise en charge de l'Assureur se limite aux frais réellement engagés et, dans tous les cas, à ce qui est raisonnable, soit, le montant le plus bas entre le coût demandé par le fournisseur de soins et le coût qui prévaut dans la même région pour un service semblable offert par des fournisseurs de soins de niveau professionnel identique.

Le coût RAISONNABLE ET HABITUEL d'un service varie suivant le type de traitement, la structure médicale, la qualité du service et de l'équipement, le pays et la ville où les soins sont prodigués. Ces éléments sont objectivés à partir des informations et données recueillies quotidiennement par le Déléataire de gestion. Le cas échéant, en cas d'abus constaté, l'Assureur se réserve le droit de limiter le remboursement des frais de santé et coûts annexes, ainsi que la durée de l'hospitalisation, à l'aune des critères objectifs précités.

LE PRESENT CONTRAT N'EST PAS DESTINE A ETRE UNE SOURCE DE PROFIT. LES REMBOURSEMENTS COMBINES DE L'ASSUREUR, DE TOUTE AUTRE ASSURANCE COLLECTIVE OU INDIVIDUELLE ET/ OU ORGANISMES DE PROTECTION SOCIALE NE DOIVENT PAS EXCEDER LES FRAIS REELS POUR LES SOINS MEDICAUX REÇUS PAR LA PERSONNE ASSUREE EN CAS DE MALADIE, D'ACCIDENT OU DE MATERNITE.

Pour les volontaires internationaux (et leurs éventuels ayants droit) dont la mission se déroule en Suisse et pour les soins effectués en Suisse, le présent contrat rembourse poste par poste la prestation la plus élevée entre celle indiquée dans le tableau de garantie prévu à l'ARTICLE 6 du présent Chapitre et celle prévue par le régime de base LAMal (Institution Commune Loi Fédérale sur l'Assurance Maladie).

4.2. ETENDUE GEOGRAPHIQUE

Les frais médicaux ouvrant droit à prestation sont ceux visés à l'Article 6. du présent Chapitre et qui ont été exposés dans le monde entier.

ARTICLE 5. ENTENTE PREALABLE

Les actes soumis à entente préalable, tels que décrits dans le présent article, doivent faire l'objet d'une demande auprès de la Commission Médicale du Déléataire de l'Assureur.

L'acceptation de l'Assureur est réputée obtenue s'il n'a pas répondu dans les trois (3) jours ouvrés qui suivent la date de réception de la demande.

Dans l'hypothèse où la demande d'accord préalable n'a pas été effectuée et si par la suite le traitement s'avère médicalement nécessaire, et dans ce cas seulement, l'Assureur ne remboursera alors que 80% des dépenses qui auraient dû être remboursées.

Dans tous les cas les dispositions relatives aux frais raisonnables et habituels indiqués à l'Article 4.1 s'appliquent.

5.1. HOSPITALISATION ET MATERNITE

Sauf en cas d'urgence, le Bénéficiaire concerné doit faire parvenir à la Commission Médicale du Délégitaire de l'Assureur, au moins dix (10) jours avant l'hospitalisation, la demande d'entente préalable selon le process et dans les modalités établis par le Délégitaire de l'Assureur.

En cas d'Urgence Médicale, l'accord préalable n'est pas nécessaire. Néanmoins il conviendra d'aviser l'Assureur dans les quarante-huit (48) heures ou dès que possible en cas de force majeure.

Pour toute prolongation de l'hospitalisation au-delà de trente (30) jours continus, la demande d'entente préalable doit être renouvelée auprès de la Commission Médicale du Délégitaire de l'Assureur dans les dix (10) jours suivant chaque nouvelle période de trente (30) jours.

Le non-respect de la procédure d'acceptation préalable entraîne une pénalité de 20% sur les dépenses qui auraient dû être remboursées, dans la limite de cinq mille (5 000) euros par hospitalisation.

Les actes soumis à ces dispositions sont mentionnés à l'Article 6. du présent Chapitre.

Dans le cas d'une hospitalisation supérieure à 10 jours et si un rapatriement est médicalement possible, l'assureur se réserve le droit de limiter le remboursement des frais d'hospitalisations au coût moyen pratiqué en France (ou dans le pays de résidence avant affectation).

5.2. MEDECINE AMBULATOIRE COURANTE

Les actes médicaux en série mentionnés à l'Article 6. du présent Chapitre sont soumis à la formalité de l'entente préalable dès lors que le nombre de séances est supérieur à deux.

Le Bénéficiaire concerné doit faire parvenir à la Commission Médicale du Délégitaire de l'Assureur, au moins trois (3) jours avant le début de la première séance ou de l'exécution de l'acte, la demande d'entente préalable selon le process et dans les modalités établis par le Délégitaire de l'Assureur.

Le remboursement des consultations de psychiatres et psychologues est subordonné aux conditions cumulatives suivantes :

- (i) elles doivent être prescrites par un médecin généraliste ou spécialiste

(ii) elles doivent être réalisées dans un cadre hospitalier ou un centre médical

5.3. DENTAIRE

Le Bénéficiaire concerné doit faire parvenir à la Commission Médicale du Délégué de l'Assureur, au moins trois (3) jours avant le début de l'exécution de l'acte, la demande d'entente préalable selon le process et dans les modalités établis par le Délégué de l'Assureur. L'Assureur pourra exiger un contrôle préalable si plus de trois (3) dents sont concernées.

1. L'accord n'est valable que pour les soins débutant dans les six (6) mois qui suivent la délivrance de l'accord, et dans les limites fixées par ledit accord.

Les actes soumis à ces dispositions sont mentionnés à l'Article 6. du présent Chapitre.

5.4. PROTHESES MEDICALES

Le Bénéficiaire concerné doit faire parvenir à la Commission Médicale du Délégué de l'Assureur, au moins trois (3) jours avant le début de l'exécution de l'acte, la demande d'entente préalable selon le process et dans les modalités établis par le Délégué de l'Assureur.

L'accord n'est valable que pour les soins débutant dans les six (6) mois qui suivent la délivrance de l'accord, et dans les limites fixées par ledit accord.

Le remboursement des prothèses médicales est subordonné aux conditions cumulatives suivantes :

- (i) elles doivent figurer dans la LPP (Liste des Produits et Prestations remboursables par la Sécurité sociale française)
- (ii) elles doivent être remboursables selon les règles de prise en charge de la Sécurité sociale (adaptation, condition de renouvellement...)

Les actes soumis à ces dispositions sont mentionnés à l'Article 6. du présent Chapitre.

5.5. AUTRES FRAIS

Le Bénéficiaire concerné doit faire parvenir à la Commission Médicale du Délégué de l'Assureur, au moins trois (3) jours avant le début de l'exécution de l'acte, le formulaire de demande d'entente préalable dûment rempli et signé par le praticien.

L'accord n'est valable que pour les soins débutant dans les six (6) mois qui suivent la délivrance de l'accord, et dans les limites fixées par ledit accord.

Les actes soumis à ces dispositions sont mentionnés à l'Article 6. du présent Chapitre.

ARTICLE 6. LES MODALITES DE PRISE EN CHARGE DES FRAIS MEDICAUX OUVRANT DROIT A PRESTATION

6.1. DEFINITIONS PREALABLES

LE MONTANT DES PRESTATIONS PREVUES CI-APRES EST VERSE :

- i. SUR LA BASE DES FRAIS REELS ENGAGES PAR LE BENEFICIAIRE, SOUS DEDUCTION DES PRESTATIONS CORRESPONDANTES SERVIES PAR TOUT REGIME DE BASE DONT POURRAIT RELEVIER LE BENEFICIAIRE (CI-APRES « MONTANT DES PRESTATIONS ») ;**
- ii. DANS LA LIMITE DES FRAIS REELLEMENT ENGAGES OU DE TOUTE AUTRE LIMITE TELLE QUE FIXEE DANS CHAQUE TABLEAU DE GARANTIE CI-DESSOUS (CI-APRES « LIMITES »).**

LES FRAIS MEDICAUX DOIVENT ETRE RECONNUS PAR LES AUTORITES MEDICALES LOCALES ET PRODIGUES PAR DES PRATICIENS EXERÇANT DANS LE CHAMPS DE LEUR AGREMENT (EN REGLE VIS-A-VIS DES DISPOSITIONS LEGISLATIVES, REGLEMENTAIRES OU AUTRES, CONCERNANT L'EXERCICE DE LA PROFESSION DANS LE PAYS CONCERNE).

La prise en charge de l'Assureur se limite aux seuls frais listés dans chaque poste de dépense et dans les conditions fixées ci-dessous.

6.2. HOSPITALISATION MEDICALE ET CHIRURGICALE

L'Assureur prend en charge les frais engagés pour le compte d'un Bénéficiaire dans un établissement hospitalier, tel que défini au paragraphe 6.2.2 ci-dessous, liés à une hospitalisation médicale et chirurgicale nécessitant un séjour dans un établissement hospitalier, à une hospitalisation médicale et chirurgicale de moins de vingt-quatre heures, une intervention chirurgicale sans hospitalisation.

Ces frais doivent avoir été exposés dans les établissements ci-après ou, dans des établissements assimilés, s'agissant de frais exposés en dehors de la France :

- a) hôpitaux, cliniques médicales, médico-chirurgicales, obstétricales ;

Les dispositions du présent Article s'appliquent sous réserve des dispositions particulières applicables de l'Article 6.10. Maternité.

La prise en charge de l'Assureur se limite aux seuls frais listés dans le présent poste de dépense et dans les conditions fixées ci-dessous :

LISTE DES FRAIS PRIS EN CHARGE	MONTANT DES PRESTATIONS (défini à l'Article 6.1)		ACTE SOUMIS A ENTENTE PREALABLE
<ul style="list-style-type: none"> Frais de séjour ; Actes d'auxiliaires médicaux ; Frais pharmaceutiques ; Actes de biologie médicale ; Actes de chirurgie ; Actes d'anesthésie réanimation ; Consultations ; Frais de salle d'opération ; Actes d'imagerie médicale ; Frais relatifs aux soins postopératoires prescrits par le praticien ayant effectué l'intervention chirurgicale et exposés dans les 30 jours qui suivent la sortie de l'hôpital ; 	Frais exposés à l'étranger	100% FR	OUI, Conformément à l'Article 5.1.
	Frais exposés en France	200 % BRSS	
Frais de chambre particulière	Frais exposés à l'étranger	100% FR dans la limite de 150 € par nuit	
	Frais exposés en France	100% FR Dans la limite de 50 € par nuit pour le Volontaire international et Non pris en charge pour les ayants droit	
Frais de chambre double	Frais exposés à l'étranger	100 % FR	
	Frais exposés en France	100 % FR	
Frais du forfait journalier hospitalier	Frais exposés à l'étranger	Sans objet	
	Frais exposés en France	100% FR	

LISTE DES FRAIS PRIS EN CHARGE	MONTANT DES PRESTATIONS (défini à l'Article 6.1)		ACTE SOUMIS A ENTENTE PREALABLE
Hospitalisation de jour	Frais exposés à l'étranger	100% FR	OUI, Conformément à l'Article 5.1.
	Frais exposés en France	100% BRSS	
Frais de séjours en établissements privés pour maladies nerveuses et mentales (ou établissements assimilés),	Frais exposés à l'étranger	100% FR Dans la limite de 50 000 € par mission	
	Frais exposés en France	100 % BRSS	

Dans un but de clarté, sont définis les termes suivants :

- **Actes d'imagerie médicale :** l'imagerie médicale est utilisée à des fins cliniques afin de pouvoir proposer un diagnostic ou un traitement : radiologie, échographie, Imagerie par Résonance Magnétique (IRM), endoscopie, scanner, laser ;
- **Actes de biologie médicale :** ensemble des examens (prélèvements, analyses ou tout autre acte permettant d'atteindre le but recherché), généralement réalisés par un laboratoire d'analyses de biologie médicale ;
- **Auxiliaires médicaux :** professionnels paramédicaux ;
- **Chambre particulière :** cette prestation, proposée par les établissements de santé, permet à un Bénéficiaire en tant que patient hospitalisé d'être hébergé dans une chambre individuelle, c'est-à-dire une chambre qui est à l'usage exclusif du Bénéficiaire et ainsi non partagée par celui-ci avec une tierce personne ;
- **Consultations :** c'est l'examen physique et/ou mental d'un patient par un médecin généraliste ou spécialiste, un chirurgien, un chirurgien-dentiste ou une sage-femme, généralement effectué au cabinet du professionnel de santé, en centre de santé ou au sein d'un établissement de santé, ou à distance dans le cadre d'une téléconsultation ;
- **Patient :** Bénéficiaire hospitalisé ;
- **Forfait journalier hospitalier en France :** il s'agit de la somme due restant à la charge du Bénéficiaire pour tout séjour hospitalier d'une durée supérieure à vingt-quatre heures dans un établissement de santé (ou pour les séjours inférieurs à vingt-quatre heures si le patient est présent dans l'établissement à minuit) ;
- **Frais de séjour :** ce sont les frais facturés par un établissement de santé pour couvrir les coûts du séjour, c'est-à-dire l'ensemble des services mis à la disposition du patient : plateau technique, personnel soignant, pharmacie, analyse, produits sanguins, prothèses ;
- **Hospitalisation :** l'hospitalisation désigne généralement un séjour dans un établissement de santé tel que défini à l'Article 4.1. du présent Chapitre en vue du

traitement médical d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité.
L'hospitalisation ambulatoire recouvre les séjours sans nuitée tant pour de la chirurgie que pour des actes de médecine ;

6.3. TRANSPORT EN AMBULANCE TERRESTRE

Ouvrent droit à prestation les frais pour le compte d'un Bénéficiaire relatifs au transport, à l'intérieur d'un même pays, en ambulance terrestre, liés à une hospitalisation ouvrant droit à prestation dans le cadre du présent chapitre, sous réserve d'un transport vers l'établissement de soins le plus proche.

La prise en charge de l'Assureur se limite aux seuls frais listés dans le présent poste de dépense et dans les conditions fixées ci-dessous :

LISTE DES FRAIS PRIS EN CHARGE	MONTANT DES PRESTATIONS (défini à l'Article 6.1)		ACTE SOUMIS A ENTENTE PREALABLE
Frais de transport en ambulance terrestre, tels que visés ci-dessus	Frais exposés à l'étranger	100% FR	
	Frais exposés en France	100 % BRSS	

6.4. MEDECINE AMBULATOIRE COURANTE

La prise en charge de l'Assureur se limite aux frais engagés pour le compte d'un Bénéficiaire, dans un établissement de santé ou cabinet médical, pour la prise en charge d'un Bénéficiaire ne nécessitant pas d'hospitalisation, listés dans le présent poste de dépense et dans les conditions fixées ci-dessous :

LISTE DES FRAIS PRIS EN CHARGE	MONTANT DES PRESTATIONS (défini à l'Article 6.1)		ACTE SOUMIS A ENTENTE PREALABLE
Consultations et visites de généralistes ou de spécialistes Y compris en téléconsultation(*)	Frais exposés à l'étranger	90% FR	
	Frais exposés en France	100% BRSS	
Consultations de psychiatres Y compris en téléconsultation (*)	Frais exposés à l'étranger	90% FR	OUI, Conformément à l'Article 5.2
	Frais exposés en France	100% BRSS	
Consultations de psychologues : uniquement pour le Volontaire international	Frais exposés à l'étranger	90% FR dans la limite de 10 séances par mission	OUI, Conformément à l'Article 5.2
	Frais exposés en France	50€ par séance dans la limite de 10 séances par mission	
Actes de biologie médicale (*)	Frais exposés à l'étranger	90% FR	
	Frais exposés en France	100% BRSS	

LISTE DES FRAIS PRIS EN CHARGE	MONTANT DES PRESTATIONS (défini à l'Article 6.1)		ACTE SOUMIS A ENTENTE PREALABLE
Actes d'auxiliaires médicaux en série prescrits médicalement (*)	Frais exposés à l'étranger	90% FR	OUI, Conformément à l'Article 5.2
	Frais exposés en France	100% BRSS	
Actes techniques médicaux (*)	Frais exposés à l'étranger	90% FR	
	Frais exposés en France	100% BRSS	
Actes d'imagerie médicale (sauf dentaires)	Frais exposés à l'étranger	100% FR	
	Frais exposés en France	100% BRSS	
Frais pharmaceutiques, sur prescription médicale et remboursables par la Sécurité sociale française	Frais exposés à l'étranger	100% FR dans la limite du prix du générique lorsque celui-ci existe pour le médicament prescrit	
	Frais exposés en France	100% BRSS	

(*) En cas d'accident ou d'Affection de Longue Durée (ALD) préexistante au moment de l'adhésion (sous réserve que cette ALD ait bien été déclarée dans le certificat médical d'aptitude conformément aux obligations définies par Business France) ou en cas d'ALD qui se déclare lors de la période de volontariat ces actes et traitements sont couverts à 100% des frais réels à l'étranger et à 100% de la BRSS en France.

Sont considérées comme étant des Affections de Longues Durées celles qui auraient été reconnues comme telles par la Sécurité sociale française »

6.4.1. VISITE DE DEBUT ET DE FIN DE VOLONTARIAT

La prise en charge de l'Assureur se limite aux seuls frais engagés avant la mission et en lien avec la mission pour le compte du volontaire international bénéficiaire, listés dans le présent poste de dépense et dans les conditions fixées ci-dessous.

LISTE DES FRAIS PRIS EN CHARGE	MONTANT DES PRESTATIONS (défini à l'Article 6.1)		ACTE SOUMIS A ENTENTE PREALABLE
Consultations et visites (**):	Frais exposés à l'étranger	100% FR	
	Frais exposés en France	100% FR dans la limite de 35€ par visite	
Panoramique dentaire, radiographie des poumons et groupage sanguin (valable uniquement pour la visite de début de mission)	Frais exposés à l'étranger	100% FR	
	Frais exposés en France	100% FR sous déduction des remboursements de la Sécurité sociale	

6.5. MEDECINE PREVENTIVE

L'Assureur prend en charge les frais médicaux engagés pour le compte d'un Bénéficiaire relatifs au dépistage de maladies, produits pharmaceutiques et vaccins, listés dans le présent poste de dépense et dans les conditions fixées ci-dessous :

LISTE DES FRAIS PRIS EN CHARGE	MONTANT DES PRESTATIONS (défini à l'Article 6.1)		ACTE SOUMIS A ENTENTE PREALABLE
Vaccins obligatoires dans le pays de mission selon le site diplomatie.gouv.fr	Frais exposés à l'étranger	100% FR	
	Frais exposés en France	100% FR	
Traitement antipaludique exigé à l'entrée du pays de mission et prescrit médicalement	Frais exposés à l'étranger	100% FR	
	Frais exposés en France	100% FR	
Tests de dépistage COVID (PCR-sérologie antigénique) prescrit	Frais exposés à l'étranger	90% FR	
	Frais exposés en France	100% FR Dans la limite de - test PCR : 75€ -Sérologique : 67,5€ -antigénique : 34€	
Vaccins COVID-19, autorisé par les autorités locales dans le pays de mission	Frais exposés à l'étranger	100% FR	
	Frais exposés en France	100% BRSS	

6.6. OPTIQUE MEDICALE

L'Assureur prend en charge les frais d'optique engagés pour le compte d'un Bénéficiaire et dans la limite d'un équipement pour toute la durée de la mission, listés dans le présent poste de dépense et dans les conditions fixées ci-dessous :

LISTE DES FRAIS PRIS EN CHARGE	MONTANT DES PRESTATIONS (défini à l'Article 6.1)		ACTE SOUMIS A ENTENTE PREALABLE
Equiptement avec correction visuelle : Monture, verres et lentilles cornéennes correctrices (y compris lentilles jetables)	Frais exposés à l'étranger	100% FR dans la limite de 300€ pour toute la durée de la mission (incluant le cas échéant, une période de renouvellement de mission)	
	Frais exposés en France	Panier 100% Santé : 100% PLV-MR (**) Hors Panier 100% Santé : 100% FR dans la limite de 300€ pour toute la durée de la mission (incluant le cas échéant, une période de renouvellement de mission)	

PLV : le Prix Limite de Vente d'un dispositif médical correspond au prix maximum de vente à l'Assuré social. A défaut de fixation d'un PLV, le prix est libre. Les professionnels de santé ont l'obligation de respecter les PLV tels que définis par le Code de la Sécurité sociale française.

(**)Panier 100% santé : tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge de verres et monture de classe A à prise en charge renforcée, la prestation d'appairage pour des verres d'indices de réfraction différents et le supplément applicable pour les verres avec filtre tel que définis au deuxième alinéa de l'article L165-1 du Code de la Sécurité sociale française, dans la limite des prix fixés (Prix limite de vente/PLV) en application de l'article L 165-3 du Code de la Sécurité sociale française et sous déduction du Montant Remboursé (MR) par la Sécurité sociale française.

Les lunettes de soleil n'entrent pas dans les prestations remboursées par l'Assseur

6.7. DENTAIRE

L'Assureur prend en charge les frais dentaires engagés pour le compte d'un Bénéficiaire, listés dans le présent poste de dépense et dans les conditions fixées ci-dessous :

LISTE DES FRAIS PRIS EN CHARGE	MONTANT DES PRESTATIONS (défini à l'Article 6.1)		ACTE SOUMIS A ENTENTE PREALABLE
Soins dentaires <u>urgents</u> : -pulpite dentaire -abcès dentaire et ou œdème -dent cassée ou tombée, - hémorragie dentaire, - alvéolite, -parodontopathie aigue	Frais exposés à l'étranger	100% FR Dans la limite de 700€ par année de mission	
	Frais exposés en France	200% BRSS	
Soins dentaires non <u>urgents</u> : (hors liste ci-dessus)	Frais exposés à l'étranger	80% FR Dans la limite de 300€ par année de mission pour le volontaire et dans la limite de 100%BRSS pour les ayants droit	
	Frais exposés en France	200% BRSS pour le volontaire et dans la limite de 100% BRSS pour les ayants droit	
PROTHESES ET IMPLANTS prise d'empreintes dentaires, fabrication de la prothèse, et couronne provisoire liés à : • Implantologie (implant, pilier) • Inlay core • Inlay/onlay	Frais exposés à l'étranger	100% FR dans la limite de 215€ par dent pour le volontaire Et 100% BRSS pour les ayants droit	OUI, Conformément l'Article 5.3.

LISTE DES FRAIS PRIS EN CHARGE	MONTANT DES PRESTATIONS (défini à l'Article 6.1)		ACTE SOUMIS A ENTENTE PREALABLE
<ul style="list-style-type: none"> • Prothèse dentaire fixe : couronne (résine, métallique, céramo-métallique, céramique), bridge (conventionnel, collé, amovible, sur implant) • Prothèse amovible : totale, partielle (résine, à châssis métallique) 	Frais exposés en France	Classe 1 : 100% santé : 100% PLV-MR(***) Classe 2 et 3 : 200% BRSS pour le volontaire et 100% BRSS pour les ayants droit	OUI, Conformément l'Article 5.3.

(***)Prothèse 100% santé : tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la Sécurité sociale française dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention tels que prévue à l'article L162-9 du Code de la Sécurité sociale française (Prix Limite de Vente/PLV) ou, en l'absence de convention applicable par le règlement arbitral prévu à l'article L162-14-2 du Code de la Sécurité sociale française et sous déduction du Montant Remboursé (MR) par la Sécurité sociale française.

Dans un but de clarté, sont définis les termes suivants :

- Implantologie dentaire vise à remplacer une ou plusieurs dents manquantes en mettant en place une ou des racines artificielles (en général sous forme de vis) dans l'os de la mâchoire, sur lesquelles on fixe une prothèse (Prise d'empreintes dentaires, fabrication de la prothèse, et couronne provisoire) ;
- Prothèses dentaires : elles remplacent ou consolident une ou plusieurs dents abîmées. Il en existe différents types :
 - Les prothèses fixes, comme les couronnes et les bridges. Une couronne reconstitue durablement la dent pour la protéger. Lorsque plusieurs dents sont absentes, la reconstitution peut s'effectuer sous forme de bridge ;
 - Les prothèses amovibles sont des appareils dentaires (« dentiers ») qui peuvent s'enlever, et qui remplacent généralement plusieurs dents ;
 - Le chirurgien-dentiste est tenu de remettre un devis avant de poser une prothèse dentaire. Ce devis doit comporter le prix d'achat de chaque élément de la prothèse et le prix des prestations associées.
- Soins dentaires : ensemble des actes du chirurgien-dentiste qui contribuent à la prévention et aux premiers soins à apporter en cas de problème dentaire : il s'agit des consultations, des soins conservateurs tels que le détartrage ou le traitement d'une carie, mais aussi des soins chirurgicaux essentiels.

6.8. AUTRES PROTHESES

L'Assureur prend en charge les frais médicaux engagés pour le compte d'un Bénéficiaire, listés dans le présent poste de dépense et dans les conditions fixées ci-dessous :

LISTE DES FRAIS PRIS EN CHARGE	MONTANT DES PRESTATIONS (défini à l'Article 6.1)		ACTE SOUMIS A ENTENTE PREALABLE
Orthèses, Prothèses médicales orthopédiques, Prothèses non orthopédiques, Matériel et appareillage Prothèses auditives (équipement stéréophonique pour les deux oreilles)	Frais exposés à l'étranger	100% FR	OUI, Conformément à l'Article 5.4.
	Frais exposés en France	100% BRSS	

Ces prothèses doivent être prescrites médicalement et les prestations doivent être équivalentes à celles figurant dans la Liste des Produits et Prestations (ci-après « LPP ») de la Sécurité Sociale française.

Dans un but de clarté, sont définis les termes suivants :

- Prothèses auditives : Il existe différents types de prothèses auditives : les contours d'oreille, les prothèses intra-auriculaires, les lunettes auditives et les appareils boîtiers. Elles sont uniquement délivrées par des audioprothésistes, sur prescription d'un médecin ORL.

6.9. MATERNITE

Nonobstant les dispositions de l'Article 6.2. du présent Chapitre, l'Assureur prend en charge les frais engagés pour le compte d'un Bénéficiaire relatifs à la maternité, listés dans le présent poste de dépense et dans les conditions fixées ci-dessous :

LISTE DES FRAIS PRIS EN CHARGE	MONTANT DES PRESTATIONS (défini à l'Article 8.1)		ACTE SOUMIS A ENTENTE PREALABLE
Examens pré et post accouchement ;	Frais exposés à l'étranger	100% FR	OUI, Conformément à l'Article 5.1.
	Frais exposés en France	100% BRSS	
Frais d'accouchement : Honoraires médicaux lors de l'accouchement Frais de séjour, Frais de chambre double, Autres frais médicaux	Frais exposés à l'étranger	100% FR dans la limite de 3 000€ par accouchement pour le volontaire Et de 2 000€ par accouchement pour les ayants droit	
	Frais exposés en France	100% BRSS	

En cas de complication les frais relatifs à l'hospitalisation ainsi que la chambre particulière seront pris en charge au titre de l'article 6.2 du présent Chapitre.

6.10. FRAIS NON PRIS EN CHARGE

DANS UN SOUCI DE CLARTE, L'ASSUREUR N'EST PAS TENU DE PRENDRE EN CHARGE LES FRAIS SUIVANTS :

- TOUTE FORME DE TRAITEMENTS OU MEDICAMENTS COMMUNEMENT CONSIDEREE COMME EXPERIMENTALES PAR LES PRATICIENS DU MILIEU DE LA SANTE, NON CONTRÔLÉE QUI NE SUIT PAS LES PRATQUES COMMUNEMENT ACCEPTEES, COUTUMIERES OU TRADITIONNELLES DE LA MEDECINE, SAUF SUR CONSENTEMENT SPECIFIQUE DE L'ASSUREUR ;
- LES FRAIS LIES AUX TRAITEMENTS ET CONSULTATIONS ESTHETIQUES, CURES DE RAJEUNISSEMENT, CURES D'AMAIGRISSEMENT ;
- LES TRAITEMENTS LIES A LA TOXICOMANIE
- LES CURES DE THALASSOTHERAPIE ET CENTRES DE REMISE EN FORME MÊME SUR PRESCRIPTION MEDICALE ;
- LES FRAIS D'HEBERGEMENT ET DE TRAITEMENT RELATIFS A UN SEJOUR EN MAISON DE REPOS ET/OU CONVALESCENCE ; SAUF SI CE SEJOUR EST CONSECUTIF A UNE HOSPITALISATION OU UNE INTERVENTION CHIRURGICALE GRAVE APPRECIEE PAR LE MEDECIN DE L'ASSUREUR ;
- LES CONSULTATIONS EXTERNES EN MATIERE DE PSYCHOTHERAPIE, PSYCHANALYSE ET LEURS TRAITEMENTS ;
- LES CONSULTATIONS, TRAITEMENTS ET COMPLICATIONS LIEES A LA PERTE OU A L'IMPLANT DE CHEVEUX A MOINS QUE CE TRAITEMENT NE SOIT LIE A UNE PERTE DE CHEVEUX CAUSEES PAR UNE MALADIE GRAVE,
- LES TRAITEMENTS EN VUE DE MODIFIER LA REFRACTION D'UN ŒIL OU DEUX YEUX (CORRECTION OCULAIRE AU LASER), Y COMPRIS LA KERATOTOMIE REFRACTIVE (KR) ET LA KERATOTOMIE PHOTO REFRACTIVE (KPR),
- LES MEDICAMENTS SANS ORDONNANCE ET TOUS LES PRODUITS NON MEDICAMENTEUX D'USAGE COURANT TELS QUE : COTON HYDROPHILE, ALCOOL, CREMES SOLAIRES, DENTIFRICE, PANSEMENTS, SAVON, PARFUM, SHAMPOOING ;
- LES CURES DE DESINTOXICATION (ALCOOLISME, TOXICOMANIE OU ASSIMILES) ;
- LES FRAIS ANNEXES RELATIFS A LA TELEPHONIE, INTERNET, TELEVISION, HÔTEL, EN CAS D'HOSPITALISATION ;
- LES DEPENSES ENCOURUES A L'OCCASION DE L'ACQUISITION D'UN ORGANE
- LES FRAIS AFFERENTS AUX OPERATIONS DE CHANGEMENT DE SEXE ET TOUTES LES DEPENSES CONSECUTIVES AUX DITES OPERATIONS ;
- LES FRAIS LIES AUX TRAITEMENTS DE LA STERILITE (FIV PMA),
- LES CURES THERMALES (FRAIS DE TRANSPORT ET D'HEBERGEMENT COMPRIS)
- TOUTE CHIRURGIE ELECTIVE/VOLONTAIRE ET/OU CHIRURGIE PLASTIQUE/ESTHETIQUE.

LES FRAIS MEDICAUX JUGES SOMPTUAIRES, DERAISONNABLES OU INHABITUELS, PAR RAPPORT AUX PRATIQUES DU PAYS DANS LEQUEL ILS ONT ETE ENGAGES, PEUVENT FAIRE L'OBJET D'UN REFUS DE PRISE EN CHARGE OU D'UNE LIMITATION DU MONTANT DE LA GARANTIE.

ARTICLE 7. FRANCHISES

Il n'est prévu aucune franchise au titre du présent Contrat.

ARTICLE 8. EXCLUSIONS

8.1. EXCLUSIONS COMMUNES

SONT EXCLUS DE LA GARANTIE :

- LES FRAIS CONSECUTIFS A LA PARTICIPATION ACTIVE A UNE GUERRE, UNE REBELLION, UNE REVOLUTION, UNE INSURRECTION, UNE PRISE DE POUVOIR, UN MOUVEMENT POPULAIRE, UNE EMEUTE, UN COMLOT, UN ACTE DE TERRORISME, UNE INVASION, UNE AGRESSION ETRANGERE OU HOSTILITES, UNE RIXE, A L'EXCEPTION DE CEUX CONSECUTIFS A UN CAS DE LEGITIME DEFENSE OU D'ASSISTANCE A PERSONNE EN DANGER RECONNU COMME TEL PAR UNE JURIDICTION ;
- LES FRAIS AFFERENTS AUX ACCIDENTS OU MALADIES OCCASIONNES PAR LA TRANSMUTATION DU NOYAU DE L'ATOME OU L'ACTION DE RADIO-ISOTOPES ;
- LES FRAIS RESULTANT DE TOUTE ACTIVITE CRIMINELLE ;

ARTICLE 9. PIECES A FOURNIR EN CAS DE SINISTRE

9.1. DANS LE CAS D'UN REGIME INTERVENANT AU 1^{ER} EURO

L'Assuré doit transmettre toutes pièces justificatives visées ci-après qui seront conservées par l'Assureur ou son Délégué :

Frais exposés dans le pays d'expatriation :

- (i) la DEMANDE DE REMBOURSEMENT dûment complétée ;
- (ii) l'original de la PRESCRIPTION MÉDICALE ;
- (iii) le cas échéant, l'original du décompte de tout régime dont l'Assuré a reçu les prestations ;
- (iv) l'original de la FACTURE détaillée, acquittée et nominative ;

Frais exposés en France :

- (i) la FEUILLE DE SOINS telle que prévue par la Sécurité Sociale française dûment complétée ;
- (ii) l'original de la PRESCRIPTION MÉDICALE ;
- (iii) le cas échéant, l'original du décompte de tout autre régime de base dont l'Assuré a reçu les prestations ;
- (iv) l'original de la FACTURE détaillée, acquittée et nominative ;

Frais exposés dans un pays tiers :

- (i) les pièces telles que visées pour les frais exposés dans le pays d'expatriation ;
- (ii) toute pièce apportant la preuve que les frais médicaux exposés entrent bien dans l'étendue de la garantie (Article 4. du présent Chapitre).

9.2. DECHEANCE DE LA GARANTIE

LES DEMANDES DE REMBOURSEMENT DOIVENT, SOUS PEINE DE DÉCHÉANCE, ETRE ADRESSEES DANS LES VINGT-QUATRE (24) MOIS SUIVANT LA DATE DES SOINS.

La facture doit comporter la mention « acquittée » et détailler les actes, le prix correspondant à chacun d'entre eux et la date à laquelle il a été effectué et indiquer la monnaie de règlement.

D'une façon générale, toute autre pièce nécessaire à l'application de la garantie et, notamment, la preuve de la qualité d'ayant droit de l'Assuré, peut être demandée par l'Assureur.

L'Assureur ou son délégataire de gestion peut demander tous justificatifs établissant la qualité et/ou le statut du professionnel de santé dont les actes ou soins sont à l'origine de la demande des prestations.

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

Si l'Assuré fait volontairement une fausse déclaration sur la date, la nature, l'identité, la date de naissance, la date de naissance, le pays de soins, les causes, les circonstances ou les conséquences ou montants du sinistre. La déchéance de garantie est également appliquée si la personne assurée utilise sciemment des documents inexacts comme justificatifs.

9.3. CONTRÔLE DE L'ASSUREUR

L'Assureur peut à tout moment demander des pièces justificatives complémentaires et vérifier ou faire vérifier que l'Assuré peut prétendre aux prestations demandées.

Si l'Assuré conteste les décisions de l'Assureur concernant son indemnisation, il peut demander une expertise amiable et contradictoire entre son médecin et le médecin délégué par l'Assureur, chaque partie supportant les frais de son expert ; si ces deux médecins ne peuvent parvenir à des conclusions communes, ils choisissent un médecin arbitre pour les départager.

La décision du médecin arbitre s'impose à l'Assuré et à l'Assureur, chaque partie supportant la moitié des frais relatifs au médecin arbitre.

La désignation du médecin délégué par l'Assureur, ainsi que celle du médecin arbitre, doit être faite dans les trente (30) jours suivant la demande ou le constat de désaccord entre les deux médecins. A défaut la partie la plus diligente pourra saisir le Président du Tribunal de Grande Instance de Paris.

ASSISTANCE RAPATRIEMENT ET RISQUES SPECIAUX

Notice d'information

En qualité de volontaire international géré par BUSINESS FRANCE, vous bénéficiez d'une couverture d'assurance en assistance rapatriement et risques spéciaux.

Le contrat d'assurance No 0804339 a été souscrit par BUSINESS France, auprès de la société d'assurance :

AXA Assistance

Société Anonyme au capital de 130 702 613 €

Registre des Personnes Morales de Bruxelles sous le numéro 415 591 055
prise au travers de sa succursale française immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Nanterre sous le numéro 316 139 500 et située 6, rue André Gide 92320 Châtillon.

Autorité chargée du contrôle d'AXA Assistance:
Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (A.C.P.R.)
61 rue Taitbout 75 009 Paris

Les modalités de mise en œuvre des garanties et le détail des prestations auxquelles vous avez droit à effet du 1^{er} Janvier 2022 sont définis dans la présente notice d'information.





NOTICE D'INFORMATION DU CONTRAT D'ASSISTANCE N° 0804339 BUSINESS FRANCE

PREAMBULE

Le Contrat Business France est un Contrat d'assurance régi par le Code des assurances français.

Il est souscrit par **BUSINESS France** (« le **Souscripteur** »), Etablissement public à caractère industriel et commercial, immatriculé au Registre du Commerce et des Sociétés de Paris sous le numéro 451 930 051 et dont le siège social se situe 77, Boulevard Saint Jacques 75998 Paris CEDEX 14.

Le Contrat Business France est assuré par **Inter Partner Assistance** (ci-après désignée « **AXA Assistance** ») société anonyme de droit belge au capital de 130 702 613 euros, située Boulevard de Berlaimont 14 – 1000 Bruxelles – Belgique et est immatriculée au Registre des Personnes Morales de Bruxelles sous le numéro 415 591 055, dont le siège social est situé 166 Avenue Louise – Bte 1 - 1050 Bruxelles – Belgique, **prise au travers de sa succursale française** immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Nanterre sous le numéro 316 139 500 et située 6, rue André Gide 92320 Châtillon.

La présente notice a pour objet de préciser le contenu des garanties d'assistance et définir les termes, conditions et limites de mise en œuvre desdites garanties d'assistance souscrites par Business France pour le compte des volontaires internationaux affectés à l'Etranger.

ARTICLE 1. « QUE DOIT FAIRE LE BENEFICIAIRE EN CAS DE SINISTRE ? »

Pour bénéficier de nos services d'assistance et avant d'engager toute dépense, vous devez nous appeler au :

+33 1 55 92 14 44 (numéro non surtaxé)

Notre service fonctionne 24 heures sur 24, tous les jours de l'année.

Notre équipe médicale décide, en fonction des seuls impératifs médicaux et techniques, de la nécessité et des modalités de notre intervention.

Toutefois, et comme pour chaque décision vous concernant, votre accord ou celui d'un membre de

votre famille est un préalable nécessaire. Vous pouvez accepter ou refuser les préconisations que nous vous faisons, mais si vous les rejetez, vos garanties d'assistance immédiate sont annulées.

L'organisation par le Bénéficiaire ou par son entourage de tout ou partie des garanties prévues au Contrat sans l'accord préalable d'AXA Assistance, matérialisé par un numéro de dossier, ne peut donner lieu à un remboursement.

Seules les prestations organisées par ou en accord avec AXA Assistance sont prises en charge ou remboursées, sous réserve d'envoyer les justificatifs originaux et le numéro de dossier correspondant. AXA Assistance intervient dans le cadre fixé par les lois et règlements nationaux et internationaux.

ARTICLE 2. FAITS GENERATEURS

Les garanties d'assistance sont mises en œuvre par AXA Assistance en lien si nécessaire avec le médecin de l'Ambassade de France, du Ministère de Tutelle ou de Business France en cas de, selon les garanties :

- Maladie, accident ou décès constaté dans le pays où se trouve le Bénéficiaire,
- Bagages
- Emeute, mouvement populaire ou guerre.
- Epidémie ou Pandémie sur demande expresse du médecin de l'Ambassade de France ou de Business France et sous réserve du respect des recommandations de l'Organisation Mondial de la Santé et des autorités sanitaires locales.

ARTICLE 3. DEFINITIONS

Dans la présente notice d'information, les mots ou expressions commençant par une majuscule auront la signification qui suit :

« **Accident corporel** » : tout événement soudain, imprévisible et violent extérieur à la victime et indépendant de sa volonté, constituant la cause d'une atteinte corporelle grave.

« **Atteinte corporelle grave** » : accident corporel ou maladie dont la nature risque de porter atteinte à la vie même du patient ou d'engendrer à brève échéance,

une aggravation importante de son état si des soins adéquats ne lui sont pas prodigués rapidement.

« **Bénéficiaire** » : le Volontaire, ainsi que les ayants droit du Volontaire (toutes personnes visées par le Code de la Sécurité Sociale Française), et notamment :

- le conjoint du volontaire (époux ou épouse),
- la personne vivant maritalement avec le volontaire depuis au moins trois mois concubin(e) à sa charge effective, totale et permanente, sous réserve d'en apporter la preuve, ou la personne liée par un pacte civil de solidarité (PACS), une seule personne sera prise en charge à ce titre en tant que Bénéficiaire.
- les enfants célibataires et fiscalement à sa charge.

Pour être Bénéficiaire, l'ayant droit du Volontaire international ne doit pas exercer d'activité salariée ni être ressortissant du pays dans lequel le volontaire exerce sa mission. Il doit également accompagner le Volontaire dans le pays dans lequel celui-ci exerce sa mission.

« **Domicile** » : le lieu habituel de résidence du Bénéficiaire avant son affectation nécessairement situé dans l'un des pays de l'Union Européenne.

« **Emeutes/mouvement populaire** » : l'ensemble des déplacements et actions non armés, provoqués par un grand nombre de personnes. Sont notamment considérés comme Mouvements populaires : les attroupements et rassemblements pacifiques.

« **Epidémie** » : Propagation rapide d'une Maladie infectieuse et contagieuse touchant un grand nombre de personnes en un lieu et un moment donné, déclarée comme telle par l'Organisation Mondiale de la Santé.

« **Equipe médicale** » : structure adaptée à chaque cas particulier et définie par le médecin régulateur de d'AXA Assistance.

« **Etranger** » : tout pays en dehors du pays de Domicile du Bénéficiaire.

« **Frais médicaux d'urgence** » : les frais engagés en cas d'accident, de catastrophe naturelle, de commencement ou d'aggravation soudaine d'une maladie grave nécessitant des mesures ou un traitement d'ordre médical immédiats à l'attention du Bénéficiaire. Seul un traitement médical pratiqué par un médecin généraliste ou spécialiste et une

hospitalisation intervenant dans les 72 heures suivant la cause directe de l'urgence seront considérés comme nécessaires à la prise en charge.

« **Guerre** » : toute activité survenant de l'utilisation, ou de la tentative d'utilisation d'une force armée entre nations incluant la guerre civile, la révolution, l'invasion. La Guerre ne comprend pas les Actes de Terrorisme.

« **Hospitalisation** » : séjour imprévu, d'une durée supérieure à 24 heures, dans un établissement de soins public ou privé, prescrit médicalement, pour un traitement médical ou chirurgical suite à une atteinte corporelle grave et dont la survenance n'était pas connue du Bénéficiaire dans les 5 jours avant son déclenchement.

« **Maladie** » : altération soudaine et imprévisible de la santé du Bénéficiaire constatée par une autorité médicale compétente présentant un caractère soudain et imprévisible.

« **Membre de la famille** » : le conjoint du Bénéficiaire ou toute personne vivant maritalement avec lui, concubin ou liée par un PACS, ses ascendants ou descendants au 1er degré, frère ou sœur domicilié(e) dans le même pays de Domicile que lui.

« **Pandémie** » : épidémie de très grande envergure qui se développe sur un vaste territoire en dépassant les frontières des états et déclarée comme telle par l'Organisation Mondiale de la Santé.

« **Pays d'affectation** » : le pays de résidence principale où le volontaire exerce son Volontariat.

« **Proche** » : toute personne désignée par le Bénéficiaire domiciliée dans le même pays de Domicile que lui.

« **Territorialité** » : les garanties sont accordées dans le monde entier dès lors que la mission a été validée par Business France et présente des garanties de sécurité qui ont été contrôlées.

ARTICLE 4. TABLEAU DES MONTANTS ET PLAFONDS

GARANTIES	MONTANTS ET PLAFONDS
Rapatriement médical	Frais réels
Avance des frais médicaux	Avance des frais d'urgence
Frais de recherche et de secours	50 000 € maximum par Bénéficiaire
Retour après consolidation	Billet retour
Retour des enfants de moins de 16 ans	Billet retour pour l'enfant Billet aller/retour pour l'accompagnateur
Retour des Bénéficiaires	Billet retour
Présence auprès du Bénéficiaire hospitalisé ou en en cours de rapatriement	Billet aller/retour 2 personnes maximum
Hébergement	200 €/nuit/personne 10 nuits maximum
Rapatriement en cas de décès	
Frais de transport	Frais réels
Frais de cercueil	Frais nécessaires au transport
Assistance psychologique	6 entretiens téléphoniques
Accompagnement du défunt	Billet retour
Evacuation sanitaire et politique	Billet retour
Rapatriement des bagages	150 kg par air ou par mer
Travel Eye OUTIL TRAVEL EYE WEB & APPLICATION : https://accounts.travel-eye-axa.com/fr/login Permettant dans le cadre de la préparation d'un départ en Mission, Expatriation ou détachement de consulter des informations santé et des informations sécuritaires par pays telles que : Conseils santé et sécurité par pays (avec la possibilité de télécharger un passeport sûreté résumant les principaux conseils essentiels au voyageur) Alertes sanitaires et sécuritaires lors d'événements susceptibles d'impacter un voyageur (épidémie, attentat, manifestation, etc.) Conditions de Vaccination (recommandations de vaccinations pour des voyageurs) Accès au réseau des prestataires médicaux par ville avec géolocalisation.	Accès illimité à tous les Bénéficiaires
Assurance Risques spéciaux	Pour la garantie concernant les biens : 5.000 € ; Pour la garantie Indemnités journalières : 50% de la 360ème partie du plafond annuel de la Sécurité Sociale française au jour du sinistre (soit 57,13 € en 2021) par jour d'immobilisation. sans que l'Assureur, quel que soit le nombre de garanties concernées, puisse être amené à régler plus de 600 000 € par Evénement et par année d'assurance.

ARTICLE 5. GARANTIES D'ASSISTANCE AUX PERSONNES

5.1. RAPATRIEMENT MEDICAL

En cas d'Atteinte corporelle grave, les médecins d'AXA Assistance contactent les médecins traitants sur place et prennent les décisions les mieux adaptées à l'état du Bénéficiaire en fonction des informations recueillies et des seules exigences médicales.

Si l'Equipe médicale d'AXA Assistance recommande, en accord avec le médecin accrédité de l'ambassade de France, le rapatriement du Bénéficiaire, AXA Assistance organise et prend en charge sa réalisation en fonction des seuls impératifs médicaux retenus par son Equipe médicale.

La destination du rapatriement est :

- soit le centre hospitalier le mieux adapté,
- soit le centre hospitalier le plus proche du Domicile ou de la résidence principale dans le Pays d'affectation
- soit le Domicile ou la résidence principale dans le Pays d'affectation.

Si le Bénéficiaire est hospitalisé dans un centre de soins hors du secteur hospitalier du Domicile ou du lieu d'affectation, AXA Assistance organise son retour après consolidation médicalement constatée et prend en charge son transfert à son lieu de résidence dans le Pays d'affectation ou à son Domicile.

Les moyens de rapatriement peuvent être le véhicule sanitaire léger, l'ambulance, le train, l'avion de ligne, l'avion sanitaire.

Le choix final du lieu d'hospitalisation, de la date, de la nécessité d'un accompagnement du Bénéficiaire et des moyens utilisés relèvent exclusivement de la décision de l'Equipe médicale.

Tout refus de la solution proposée par l'Equipe médicale entraîne l'annulation de la garantie d'assistance aux personnes.

AXA Assistance peut demander au Bénéficiaire d'utiliser son titre de transport si ce dernier peut être utilisé ou modifié. Dans le cas contraire, lorsque le service assistance a pris en charge le retour, le Bénéficiaire est tenu de lui restituer le titre de transport ou son remboursement.

Une grossesse ou un accouchement ne donne pas lieu à rapatriement pour convenance personnelle.

Dans le cas d'un rapatriement médical d'un enfant Bénéficiaire de moins de 16 ans, AXA Assistance organise simultanément et prend en charge le voyage d'un de ses parents Bénéficiaires se trouvant sur place pour lui permettre d'accompagner l'enfant jusqu'au lieu de destination.

5.2. AVANCE DES FRAIS MEDICAUX D'URGENCE

En cas d'Atteinte corporelle grave survenant à un Bénéficiaire à l'Etranger, AXA Assistance peut procéder au paiement direct, à la structure hospitalière, des Frais médicaux d'urgence pour le compte d'AXA France Vie.

AXA Assistance effectue cette avance au premier euro, pour permettre l'admission hospitalière immédiate du Bénéficiaire ou pour régler les frais d'urgence engagés à l'Etranger dans les 72 heures suivant la cause directe de l'urgence.

5.3. FRAIS DE RECHERCHE ET DE SECOURS

AXA Assistance rembourse **à concurrence des montants indiqués Article 3 « Tableau des montants et plafonds »** de la présente notice, les Frais de recherche et de secours en mer, terre, montagne et forêt, engagés par les autorités locales et dont le remboursement est demandé au Bénéficiaire.

Par Frais de recherche et de secours on entend les coûts de transport par tout moyen approprié du Bénéficiaire, vers un centre médical adapté, avancés par les autorités locales et dont le remboursement est demandé au Bénéficiaire.

Le remboursement ne pourra s'effectuer que sur présentation des justificatifs originaux des Frais de recherche et secours et du détail des dépenses encourues.

5.4. RETOUR APRES CONSOLIDATION

Lorsqu'à la suite d'un rapatriement sanitaire, le Bénéficiaire est en mesure de reprendre son volontariat, AXA Assistance, après accord de son Equipe médicale, organise son retour dans le Pays d'affectation initial afin de reprendre la mission interrompue.

AXA Assistance prend en charge le titre de transport aller simple en avion classe économique ou en train 1ère classe.

5.5. RETOUR DES ENFANTS DE MOINS DE 16 ANS

En cas d'Atteinte corporelle grave ou de décès du Bénéficiaire et en l'absence, sur place, d'un membre majeur de la famille, AXA Assistance organise le retour

au Domicile de ses enfants âgés de moins de 16 ans, également Bénéficiaires.

L'accompagnement de ces enfants est effectué soit par un Membre de la famille ou un Proche dûment désigné et autorisé par le Bénéficiaire ou un de ses ayants droit, soit, à défaut, par un personnel qualifié.

AXA Assistance organise et prend en charge le titre de transport aller-retour en avion classe économique ou en train 1ère classe de cet accompagnateur.

Le billet aller simple des enfants est également pris en charge sous réserve que les titres de transport ou les moyens initialement prévus pour leur retour ne soient pas utilisables ou modifiables.

Cette prestation est réservée aux autres Bénéficiaires ayants droit de la même famille lorsqu'ils accompagnent le volontaire dans son Pays d'affection.

5.6. RETOUR DES BENEFICIAIRES

En cas de rapatriement médical ou de rapatriement en cas de décès du Bénéficiaire, AXA Assistance organise le retour au Domicile des ayants droits Bénéficiaires qui voyagent avec lui.

AXA Assistance prend en charge un titre de transport aller simple en avion classe économique ou en train 1ère classe à condition que les moyens initialement prévus pour leur voyage retour ne soient pas utilisables ou modifiables.

Cette prestation est réservée aux autres Bénéficiaires ayants droit de la même famille lorsqu'ils accompagnent le volontaire dans son Pays d'affection.

5.7. RAPATRIEMENT EN CAS DE DECES

AXA Assistance organise et prend en charge le rapatriement du corps du Bénéficiaire ou de ses cendres du lieu du décès jusqu'au lieu d'inhumation dans le pays de Domicile.

AXA Assistance prend en charge les frais de traitement post mortem, de mise en bière et d'aménagements nécessaires au transport. AXA Assistance prend également en charge les frais de cercueil standard conforme aux règlements internationaux pour permettre le transport.

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

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

Sont exclus tous les frais qui ne sont pas indispensables au transport de corps.

5.8. ACCOMPAGNEMENT DU DEFUNT

- Dans le cas où le Bénéficiaire décédé résidait avec sa famille à l'Etranger, AXA Assistance organise et prend en charge l'accompagnement du défunt par les Membres de sa famille Bénéficiaires du présent Contrat, en mettant à leur disposition :
 - soit un titre de transport aller et retour, par avion classe économique et/ou en train 1ère classe;
 - soit le nombre nécessaire de titres de transport aller simple, par avion classe économique et/ou train 1ère classe, pour permettre aux Membres de sa famille ayants droit se trouvant sur place au moment du décès d'accompagner le défunt.

Cette prestation est réservée aux Bénéficiaires ayants droit d'une même famille lorsqu'ils accompagnent le volontaire dans son Pays d'affectation.

- Dans le cas où le Bénéficiaire décédé résidait seul à l'Etranger, AXA Assistance organise et prend en charge le transfert aller-retour de deux membres de sa famille (conjoint, enfant, père, mère, frère ou sœur,) ou de deux proches souhaitant se rendre sur place pour effectuer les formalités de rapatriement puis accompagner le défunt.

Ce ou ces titres de transport doivent être utilisés dans les 8 jours suivant le décès.

5.9. ASSISTANCE PSYCHOLOGIQUE

En cas de demande d'assistance psychologique, AXA Assistance propose au Bénéficiaire et/ou à ses ayants droit un rendez-vous téléphonique avec un psychologue.

AXA Assistance organise et prend en charge **au maximum six consultations par évènement quel que soit le nombre de Bénéficiaires.**

Le coût des consultations ultérieures et autres prestations résultant de la mise en œuvre du service restent systématiquement à charge du Bénéficiaire.

5.10. PRESENCE AUPRES DU BENEFICIAIRE HOSPITALISE OU EN COURS DE RAPATRIEMENT POUR CAUSE DE MALADIE OU D'ACCIDENT

Si le Bénéficiaire est hospitalisé pour une durée minimum de 5 jours et si son état ne justifie pas ou empêche son rapatriement vers son Domicile AXA Assistance organise et prend en charge le séjour à l'hôtel des Membres de sa famille/Proches désignés par le Bénéficiaire (**maximum 2 personnes**) et leur rembourse, sur présentation des justificatifs correspondants, leurs frais engagés sur place.

Si personne ne se trouve sur place, AXA Assistance organise et prend en charge, pour les Membres de la famille/Proches du Bénéficiaire désignés par lui (**maximum 2 personnes**), les titres de transport aller/retour en avion classe économique ou en train 1re classe, afin de se rendre à son chevet.

AXA Assistance organise et prend en charge le séjour à l'hôtel (hébergement et petit déjeuner) de ces personnes et leurs rembourse, sur présentation des justificatifs originaux correspondants, leurs frais engagés sur place.

L'ensemble des frais prévus au titre de la présente garantie sont couverts **à concurrence des montants indiqués à l'Article 3 « Tableau des Montants et plafonds »**.

5.11. RAPATRIEMENT DE BAGAGES

En cas de décès ou de non-possibilité de retour sur le lieu de mission après un rapatriement, AXA Assistance organise et prend en charge le rapatriement des bagages du Volontaire et des autres Bénéficiaires (conjoint et enfants) dans la limite de 150 kg par air (fret aérien différé) ou par mer vers la France (ou le pays européen de Domicile du Volontaire, le cas échéant).

5.12. EN CAS D'EMEUTE, MOUVEMENTS POPULAIRES ET GUERRE, EPIDEMIE OU PANDEMIE, ENTRAINANT LA SUSPENSION DE LA COOPERATION FRANÇAISE A L'ETRANGER

AXA Assistance mettra tous les moyens en œuvre, mais cependant sans obligation de résultats, afin d'organiser le retour prématuré du Bénéficiaire dans son pays de Domicile.

Les frais de retour peuvent être pris en charge par AXA Assistance, sous réserve d'une demande de l'Ambassade de France, du Ministère de Tutelle, de Business France et d'un accord préalable à tout rapatriement d'AXA Assistance.

IMPORTANT :

En cas d'impossibilité matérielle de contacter AXA Assistance, le Bénéficiaire devra fournir lors de son retour dans son pays de Domicile :

- L'attestation de suspension délivrée par les ministères compétents (original ou copie conforme par les autorités légales), ainsi que
- Son titre de transport original de retour, et
- Son titre de transport original de départ, sous réserve que ce dernier soit un billet « open »,

afin qu'AXA Assistance puisse procéder au remboursement.

Tout refus par le Bénéficiaire, par l'Ambassade de France, par Le Ministère de Tutelle ou par Business France de la solution proposée par AXA Assistance entraîne automatiquement l'annulation de la garantie.

5.13. TRAVEL EYE

AXA Assistance met à disposition des Bénéficiaires se déplaçant dans le monde entier, une plateforme de gestion des risques de mobilité dénommée TRAVEL EYE, outil qui leur permet d'observer les risques pouvant affecter leur santé et leur sécurité dans le pays de destination.

5.13.1. Organisation de TRAVEL EYE

TRAVEL EYE est une plateforme de gestion des risques de mobilité organisée de la façon suivante :

a) Événements monde

TRAVEL EYE observe de nombreuses sources d'informations différentes et identifie des événements mondiaux susceptibles de produire des effets sur les Bénéficiaires. Ces événements non exhaustifs sont mis à disposition sur la plateforme dans la section « Événements monde ». Les sources d'informations sont les agences de presse, les médias en ligne, les médias sociaux, ainsi que des tierces parties qui fournissent directement les informations. La plausibilité des événements collectés et systématiquement identifiés est vérifiée par des experts avant d'être mise à disposition des Bénéficiaires.

b) Risques pays et cartographie des risques

Dans la section « Risques pays », TRAVEL EYE fournit des informations sécuritaires et médicales sur les pays et les villes concernées, avec différentes fonctions d'évaluations et de recommandations.

c) Écran de contrôle du voyage

TRAVEL EYE permet au Responsable des risques de mobilité identifié chez le Souscripteur, de collecter des

événements et des localisations de voyageurs à l'aide de différentes options de visualisation nécessaires à la mise en œuvre de processus de gestion préventive et réactive des risques de mobilité.

d) Intégration de données de localisation

TRAVEL EYE permet aux Bénéficiaires d'intégrer dans la plateforme, des données de localisation de leurs voyages.

e) Alertes

TRAVEL EYE informe automatiquement les entités affectées du Souscripteur de menaces éventuelles et lance les processus de communication correspondants, si nécessaire. Une alerte est ensuite lancée en fonction des paramètres définis par le Souscripteur. TRAVEL EYE enverra les informations exigées pour l'alerte par le biais des canaux de communication choisis par le Souscripteur. En aucun cas, AXA Assistance ne pourra être tenu responsable d'un quelconque défaut de réception et de traitement adéquat de ces alertes.

f) Medway

TRAVEL EYE donne accès au réseau médical référencé d'AXA Assistance. Les frais de toute consultation qui ne serait pas prise en charge dans le cadre de la présente notice sont à la charge du Bénéficiaire.

5.13.2. Limitation de responsabilité

L'engagement d'AXA Assistance repose sur une obligation de moyens et non de résultat. La responsabilité d'AXA Assistance est limitée aux seuls dommages directs pouvant éventuellement être causés par une inexécution de la prestation TRAVEL EYE due à sa négligence ou sa faute intentionnelle.

AXA Assistance ne peut être tenu pour responsable d'un quelconque dommage à caractère professionnel ou commercial, subi par le Souscripteur ou un Bénéficiaire à la suite d'une utilisation de la plateforme TRAVEL EYE.

AXA Assistance ne pourra pas être tenu responsable du défaut d'accès à la plateforme TRAVEL EYE pendant les périodes de maintenance ou de mise à jour de celle-ci.

ARTICLE 6. ASSURANCE RISQUES SPECIAUX

6.1. Définitions spécifiques

a) Bien assurés

L'ensemble des biens mobiliers et effets personnels indispensables au séjour à l'Etranger du Bénéficiaire à

l'exception des biens mentionnés au paragraphe exclusions.

Certains Biens assurés sont limités au nombre de un par Bénéficiaire et par foyer fiscal. Il s'agit :

- **véhicule personnel,**
- **téléviseur,**
- **tout appareil numérique.**

b) Catastrophe d'origine naturelle

Par catastrophes d'origine naturelle il convient d'entendre l'intensité anormale d'un agent naturel. Il peut s'agir notamment d'une inondation, d'un glissement de terrain, d'une coulée de boue, de la sécheresse ou d'un tremblement de terre.

c) Valeur vénale

Valeur de remplacement à neuf d'un bien, déduction faite de sa vétusté.

d) Vétusté

Pourcentage de la valeur de remplacement à neuf mesurant la dépréciation du bien par rapport à :

- un bien neuf identique ;
- un bien neuf similaire, dans le cas où le bien n'est plus fabriqué ou a été fabriqué pour l'occasion.

Ce pourcentage sera déterminé par l'expert en fonction de l'âge et de l'état du bien et sera au titre du présent contrat toujours de 20% au minimum.

e) Attentat/Terrorisme

Les actes définis à l'article L 412 du Code pénal français.

f) Actes de terrorisme

Les actes définis aux articles L 421.1 et L 421.2 du Code pénal français.

6.2. Objet de la garantie

L'Assureur garantit au Bénéficiaire :

- la réparation pécuniaire des détériorations, de la destruction ou de la disparition des Biens assurés, survenant pendant la période de validité du présent contrat, par suite d'Actes de Terrorisme ou de sabotage, d'Émeutes, de mouvements populaires, de Guerre civile ou étrangère, de Catastrophes d'origine naturelle, de saisie ou de confiscation par l'autorité locale ;
- Versement d'une indemnité journalière dans le cas où le Volontaire est dans l'impossibilité de sortir du Pays d'affectation à l'issue de la

mission de volontariat en raison d'une Guerre, d'Emeutes ou de mouvements populaires.

- la liste des Biens mobiliers perdus ou détériorés.

6.3. Etendue géographique

La garantie s'exerce dans le pays où réside le Bénéficiaire. L'indemnité sera payable en France et en euros.

6.4. Montant de la garantie

La garantie s'exerce, par Bénéficiaire, à concurrence d'une indemnisation forfaitaire maximale de

- Pour la garantie concernant les biens : **5.000 €** ;
- Pour la garantie Indemnités journalières : **50% de la 360ème partie du plafond annuel de la Sécurité Sociale française au jour du sinistre (soit 57,13 € en 2021) par jour d'immobilisation.**

sans que l'Assureur, quel que soit le nombre de garanties concernées, puisse être amené à régler plus **de 600 000 € par Evénement et par année d'assurance.**

Par Evénement il faut entendre tout tremblement de terre, tout acte ou série d'actes de Terrorisme ou de sabotage, toute Emeute ou série d'emeutes, tout mouvement populaire ou série de mouvements populaires, toute guerre civile ou étrangère, toute Catastrophe d'origine naturelle, ou toute saisie ou série de saisies ordonnées par l'autorité locale dans un des pays assurés.

6.5. Obligations du Bénéficiaire en cas de sinistre

Le Bénéficiaire doit faire la déclaration du sinistre à l'Assureur, par écrit – de préférence par lettre recommandée – ou verbalement contre récépissé. **Sauf cas fortuit ou de force majeure**, cette déclaration doit être faite **au plus tard dans un délai de 2 mois**, dès que le Bénéficiaire a eu connaissance du sinistre.

La déchéance peut être opposée au Bénéficiaire s'il ne déclare pas le sinistre dans les délais prévus et si l'Assureur établit que ce retard lui a causé un préjudice.

Le Bénéficiaire s'engage à indiquer dans sa déclaration :

- les causes et circonstances connues ou présumées du sinistre, le lieu de l'événement, la nature et l'importance approximative des dommages ;

Il devra en outre remplir **une déclaration sur l'honneur.**

L'Assureur est subrogé, dans les termes de l'article L 121-12 du Code des assurances, jusqu'à concurrence de l'indemnité payée ou mise en réserve par lui, dans les droits et actions du Bénéficiaire contre tout responsable du sinistre.

L'Assureur peut être déchargé, en tout ou partie, de son obligation d'indemniser le Bénéficiaire quand la subrogation ne peut plus, par le fait du Bénéficiaire, s'opérer en faveur de l'Assureur.

Dans le cas où, en application d'une législation dans le pays où a eu lieu le sinistre, le Bénéficiaire serait susceptible d'être indemnisé des dommages causés aux biens assurés, il s'engage à signer une délégation au profit de l'Assureur à concurrence des sommes que celui-ci lui aura versé.

6.6. Calcul de l'indemnité

Pour chaque Bien assuré c'est la valeur vénale du Bien assuré qui sera remboursée.

Disposition particulière concernant les véhicules :

L'estimation de la valeur du véhicule est effectuée par rapport à la cotation figurant au magazine l'Argus, le mois précédent le sinistre et ce, dans la limite du montant de garantie mentionné au paragraphe 6.4 du présent contrat.

Les véhicules non cotés à l'Argus et/ou de plus de 10 ans sont estimés à une valeur forfaitaire de **1.000 €**.

Les véhicules non-côtés et de moins de 10 ans feront l'objet d'une estimation à dire d'expert.

6.7. Exclusions

Sont exclus de la garantie :

- les mesures prises par l'autorité locale à l'encontre du Volontaire, à titre individuel ;
- la dépossession ou l'indisponibilité résultant de saisie par une autorité de droit ou de fait consécutive à une opération frauduleuse ;
- les dommages et pertes matériels survenus pendant la durée de la dépossession ou de l'indisponibilité prévue aux deux alinéas ci-dessus ;
- les dommages résultant de risques nucléaires ;

- les dommages résultant directement ou indirectement de l'utilisation ou l'exploitation, dans l'intention de nuire, de tout ordinateur ou équipement informatique, programme ou logiciel informatique, virus informatique ou transmission de données, ou tout autre système électronique.
- Les espèces étrangères ou françaises et papiers-valeur, les objets d'art, les objets de valeur : bijoux, parfums, alcools, argenterie, les fourrures, peaux et tapis, articles de sports, les denrées alimentaires, produits cosmétiques ;
- Les pertes ou dommages subis en cours de transport ;
- Les dommages résultant directement ou indirectement de toute arme ou engin chimique, biologique, biochimique ou électromagnétique.

ARTICLE 7. EXCLUSIONS COMMUNES A TOUTES LES GARANTIES

AXA Assistance n'est pas tenu d'intervenir dans le cas où le Bénéficiaire commet de façon volontaire des infractions à la législation en vigueur tant en France qu'à l'étranger.

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

- Les dommages causés par la faute intentionnelle ou dolosive de l'assuré ou avec sa complicité ;
- Les dommages ou l'aggravation des dommages causés par tout combustible nucléaire, par toute autre source de rayonnements ionisants. Cette exclusion ne s'applique pas à la garantie des attentats et actes de terrorisme ;
- Les amendes ;
- Les dommages causés par les engins et véhicules aériens, maritimes, fluviaux ou lacustres, les véhicules terrestres à moteur et leurs remorques et semi-remorques, les téléphériques dont l'assuré ou toute personne dont il répond a la propriété, la conduite ou la garde, même si ces dommages sont causés en dehors de toute circulation desdits engins, véhicules et téléphériques, y compris lorsqu'ils sont utilisés en qualité d'outils ;
- Les affections en cours de traitement et non encore consolidées du bénéficiaire au moment de son départ ;
- Les rechutes de maladies constatées médicalement avant la date d'effet de la garantie et comportant un risque d'aggravation brutale connu du bénéficiaire au moment de son départ ;

- Les états de grossesse à moins d'une complication imprévisible et dans tous les cas après la 36ème semaine d'aménorrhée
- Les suites de la grossesse : accouchement, césarienne, soin au nouveau-né ;
- Les interruptions volontaires de grossesse hormis les interruptions thérapeutiques de grossesse ;
- Toute intervention volontaire pour convenance personnelle à l'étranger ;
- La pratique d'un sport à titre professionnel ainsi que les activités de préparation, entraînements associés ;
- La pratique de sports ou loisirs dangereux notamment sports aériens, sports de combat, ascension en haute montagne, sports de montagne hors-piste, plongée sous-marine (sauf celle pratiquée en tant que loisir à moins de 50 mètres de profondeur) ;
- Les sports nécessitant l'utilisation de véhicules aériens ou les compétitions et leurs entraînements nécessitant l'utilisation de véhicules à moteur ;
- La participation volontaire à des rixes sauf en cas de légitime défense, à la guerre civile ou étrangère, à des émeutes, à des grèves, à des actes de terrorisme, de pirateries, de sabotage, à des mouvements populaires.

ARTICLE 8. LIMITATION DE RESPONSABILITE

AXA Assistance ne peut être tenu pour responsable d'un quelconque dommage à caractère professionnel ou commercial, subi par un Bénéficiaire à la suite d'un incident ayant nécessité l'intervention des services d'assistance.

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

ARTICLE 9. CIRCONSTANCES EXCEPTIONNELLES

L'engagement d'AXA Assistance repose sur une obligation de moyens et non de résultat.

L'Assureur ne peut être tenu pour responsable de la non-exécution ou des retards d'exécution des garanties provoqués par la guerre civile ou étrangère déclarée ou non, la mobilisation générale, toute réquisition des hommes et/ou du matériel par les autorités, tout acte de sabotage ou de terrorisme, tout conflit social tel que grève, émeute, mouvement populaire, toute restriction à la libre circulation des biens et des personnes, les cataclysmes naturels, les effets de la radioactivité, les épidémies, tout risque infectieux ou chimique, tous les cas de force majeure.

ARTICLE 10. SANCTIONS EMBARGO

AXA Assistance ne sera tenue de fournir une couverture, de régler un sinistre ou de fournir une prestation au titre des présentes dans le cas où la fourniture d'une telle couverture, le règlement d'un tel sinistre ou la fourniture d'un tel service exposerait AXA Assistance à une quelconque sanction ou restriction en vertu d'une résolution des Nations Unies ou en vertu des sanctions, lois ou embargos commerciaux et économiques de l'Union Européenne, du Royaume Uni ou des Etats-Unis d'Amérique.

ARTICLE 11. SUBROGATION DANS LES DROITS ET ACTIONS DU BENEFICIAIRE

AXA Assistance est subrogée dans les droits et actions du Bénéficiaire contre tout tiers responsable de l'événement ayant déclenché son intervention et/ou son indemnisation, à concurrence des frais engagés et/ou des indemnités réglées en exécution du Contrat.

ARTICLE 12. PRISE D'EFFET ET DUREE DE LA COUVERTURE

Les garanties d'assistance sont acquises pendant toute la durée du présent Contrat à toute personne déclarée comme Bénéficiaire par Business France. Ceux-ci conservent la qualité de Bénéficiaire pendant la durée du Contrat conclu entre Business France et AXA Assistance.

ARTICLE 13. PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

En qualité de responsable de traitement, les informations concernant les Bénéficiaires sont collectées, utilisées et conservées par les soins d'AXA Assistance pour la souscription, la passation, la gestion et l'exécution du présent Contrat, conformément aux dispositions de la réglementation applicable en matière de protection des données personnelles et conformément à sa politique de protection des données personnelles telle que publiée sur son site internet.

Ainsi, dans le cadre de ses activités, AXA Assistance pourra :

- a) Utiliser les informations de l'Assuré ou de celles des personnes bénéficiant des garanties, afin de fournir les services décrits dans la présente Notice. En utilisant les services d'AXA Assistance, l'Assuré consent à ce qu'AXA Assistance utilise ses données à cette fin ;
- b) Transmettre les données personnelles de l'Assuré et les données relatives à son Contrat, aux entités du Groupe AXA, aux prestataires de services d'AXA Assistance, au personnel d'AXA Assistance, et à toutes personnes susceptibles d'intervenir dans les limites de leurs attributions respectives, afin de gérer le dossier de sinistre de l'Assuré, lui fournir les garanties qui lui sont dues au titre de son Contrat, procéder aux paiements, et transmettre ces données dans les cas où la loi l'exige ou le permet ;
- c) Procéder à l'écoute et/ou à l'enregistrement des appels téléphoniques de l'Assuré dans le cadre de l'amélioration et du suivi de la qualité des services rendus ;
- d) Procéder à des études statistiques et actuarielles ainsi qu'à des analyses de satisfaction clients afin de mieux adapter nos produits aux besoins du marché ;
- e) Obtenir et conserver tout document photographique pertinent et approprié du bien de l'Assuré, afin de fournir les services proposés

dans le cadre de son contrat d'assistance et valider sa demande ; et

- f) Procéder à l'envoi d'enquêtes qualité (sous forme de demandes à retourner ou de sondages) relatives aux services d'AXA Assistance et autres communications relatives au service clients.
- g) Utiliser les données personnelles dans le cadre d'un traitement de lutte contre la fraude ; ce traitement pouvant conduire, le cas échéant, à une inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.

AXA Assistance est soumis aux obligations légales issues principalement du Code Monétaire et Financier en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux et contre le financement du terrorisme et, à ce titre, AXA Assistance met en œuvre un traitement de surveillance des contrats pouvant aboutir à la rédaction d'une déclaration de soupçon conformément aux dispositions de la Loi en la matière.

Les données recueillies peuvent être communiquées aux autres sociétés du Groupe AXA ou à un tiers partenaire, y compris pour une utilisation à des fins de prospection commerciale. Si l'Assuré ne souhaite pas que ses données soient transmises aux sociétés du Groupe AXA ou à un tiers pour une utilisation à des fins de prospection commerciale, il peut s'y opposer en écrivant au :

Délégué à la Protection des données

AXA Assistance

6, rue André Gide 92320 Châtillon

Email : dpo.axapartnersfrance@axa-assistance.com

Pour toute utilisation des données personnelles de l'Assuré à d'autres fins ou lorsque la loi l'exige, AXA Assistance sollicitera son consentement.

L'Assuré peut revenir à tout moment sur son consentement.

En souscrivant au présent contrat et en utilisant ses services, l'Assuré reconnaît qu'AXA Assistance peut utiliser ses données à caractère personnel et consent à ce qu'AXA Assistance utilise les données sensibles décrites précédemment. Dans le cas où l'Assuré fournit à AXA Assistance des informations sur des tiers, l'Assuré s'engage à les informer de l'utilisation de leurs données comme défini précédemment ainsi que dans la politique de confidentialité du site internet d'AXA Assistance (voir ci-dessous).

L'Assuré peut obtenir, sur simple demande, copie des informations le concernant. Il dispose d'un droit d'information sur l'utilisation faite de ses données (comme indiqué dans la politique de confidentialité du

site AXA Assistance – voir ci-dessous) et d'un droit de rectification s'il constate une erreur.

Si l'Assuré souhaite connaître les informations détenues par AXA Assistance à son sujet, ou s'il a d'autres demandes concernant l'utilisation de ses données, il peut écrire à l'adresse suivante :

Délégué à la protection des données

AXA Assistance

6, rue André Gide 92320 Châtillon

Email : dpo.axapartnersfrance@axa-assistance.com

L'intégralité de notre politique de confidentialité est disponible sur le site : axa-assistance.fr ou sous format papier, sur demande.

ARTICLE 14. RECLAMATION ET MEDIATION

En cas de désaccord concernant la gestion du contrat, le Souscripteur et/ou les Bénéficiaires s'adresse(nt) en priorité à leur interlocuteur privilégié afin de trouver des solutions adaptées aux difficultés rencontrées.

Si la réponse apportée n'est pas satisfaisante, le Souscripteur et/ou les Bénéficiaires peut/peuvent adresser leur réclamation par courrier à l'adresse suivante :

AXA Assistance - Service Gestion Relation Clientèle

6, rue André Gide

92320 Châtillon

Ou sur le site internet à partir de la rubrique « contact » : www.axa-assistance.fr/contact.

AXA Assistance s'engage à accuser réception sous dix (10) jours ouvrables à compter de la réception de la réclamation, sauf si une réponse est apportée dans ce délai.

Une réponse sera adressée dans un délai maximum de deux (2) mois, sauf si la complexité nécessite un délai supplémentaire.

Après épuisement des voies de recours internes ci-dessus énoncées et si un désaccord subsiste, le Souscripteur et/ou les Bénéficiaires peut/peuvent faire appel au Médiateur, personnalité indépendante, en écrivant à l'adresse suivante :

La Médiation de l'Assurance

TSA 50110

75441 Paris Cedex 09

Ou en complétant le formulaire de saisine directement sur le site internet : www.mediation-assurance.org

Ce recours est gratuit. L'avis du Médiateur ne s'impose pas et laissera toute liberté au Bénéficiaire pour saisir éventuellement le Tribunal français compétent.

Le Médiateur formulera un avis dans un délai de quatre-vingt-dix (90) jours à compter de la réception du dossier complet.

La Charte de « la Médiation de l'Assurance » est également consultable sur le lien suivant : www.mediation-assurance.org/medias/mediationassurance/Charte_V2.pdf

ARTICLE 15. PRESCRIPTION

Conformément à l'article L 114-1 du Code des assurances, toutes actions dérivant du présent contrat sont prescrites par deux (2) ans à compter de l'événement qui leur donne naissance.

Ce délai ne court :

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

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

La prescription est portée à dix (10) ans dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants-droit du Souscripteur décédé.

Conformément à l'article L114-2 du Code des assurances, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription visée ci-après :

- toute demande en justice, même en référé, ou même portée devant une juridiction incompétente ;
- tout acte d'exécution forcée, ou toute mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ;
- toute reconnaissance par AXA Assistance du droit à garantie du Souscripteur, ou toute reconnaissance de dette du Souscripteur envers AXA Assistance ;
- tout recours à la médiation ou à la conciliation
- lorsque la partie est dans l'impossibilité d'agir par suite d'un empêchement résultant de la loi, la convention ou la Force majeure.

La prescription est également interrompue:

- par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre ;

- par l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée par AXA Assistance au Souscripteur en ce qui concerne l'action en paiement de la souscription ou par le Souscripteur à AXA Assistance en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Conformément à l'article L114-3 du Code des assurances, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter des causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

ARTICLE 16. LOI APPLICABLE ET JURIDICTIONS

Le contrat est soumis à la loi française. Tout litige se rapportant au Contrat et qui n'aura pu faire l'objet d'un accord amiable entre les parties ou le cas échéant, d'un règlement par le médiateur, sera porté devant la juridiction française compétente.

ARTICLE 17. AUTORITE DE CONTROLE

Inter Partner Assistance est soumise en qualité d'entreprise d'assurance de droit belge au contrôle prudentiel de la Banque Nationale de Belgique située Boulevard de Berlaimont 14 - 1000 Bruxelles - Belgique - TVA BE 0203.201.340 - RPM Bruxelles - (www.bnb.be). La succursale française d'IPA est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), située 4, Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.

PRÉVOYANCE

Notice d'information

En qualité de volontaire international géré par BUSINESS FRANCE, vous bénéficiez d'une couverture d'assurance en prévoyance.

Le contrat d'assurance No 705 195 a été souscrit par BUSINESS France, auprès de la société d'assurance :

AXA France Vie

Société Anonyme au capital de 487 725 073,50 €

Immatriculée au R.C.S. de Nanterre, sous le numéro 310 499 959

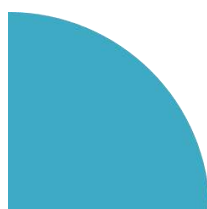
Régie par le Code des assurances dont le siège social est situé à cette adresse :

313, Terrasses de l'Arche

92727 NANTERRE Cedex – France

Autorité chargée du contrôle d'AXA France Vie :
Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (A.C.P.R.)
61 rue Taitbout 75 009 Paris

Les modalités de mise en œuvre des garanties et le détail des prestations auxquelles vous avez droit à effet du 1^{er} Janvier 2022 sont définis dans la présente notice d'information.



Couverture Prévoyance d'entreprise

NOTICE D'INFORMATION

Relative au CONTRAT N° **705 195**
régis par le Code des assurances

Souscrit par

BUSINESS FRANCE

RCS n° 451 930 051
dont le siège social est situé
77 boulevard Saint JACQUES
75998 Paris 14

Ci-après dénommée « **SOUSCRIPTEUR** »,
agissant pour son compte

auprès de

AXA France Vie

dont le siège social est situé
313, Terrasses de l'Arche
92727 NANTERRE Cedex - France

Ci-après dénommée « **ASSUREUR** »,

Les cocontractants sont désignés individuellement par « Partie » ou collectivement par « Parties ».

LA PRÉSENTE NOTICE D'INFORMATION FAIT ÉTAT DES GARANTIES APPLICABLES AU 01/01/2024
« VOLONTAIRES INTERNATIONAUX COUVERTS AU 1^{ER} EURO »

SOMMAIRE

CHAPITRE 1. DISPOSITIONS GENERALES	10
Article 1. OBJET DU CONTRAT	10
Article 2. EFFET ET DUREE DU CONTRAT	10
Article 3. CATEGORIE ASSUREE	11
Article 4. PERIODE D'ASSURANCE	11
4.1. ADMISSION A L'ASSURANCE	11
4.2. CESSATION DE L'ASSURANCE	11
4.3. REVALORISATION DES PRESTATIONS	11
Article 5. CONTROLE DE L'ASSUREUR	12
Article 6. PRESCRIPTION	12
Article 7. RECLAMATION	14
Article 8. MESURES RESTRICTIVES DEFINIES PAR LA REGLEMENTATION FRANÇAISE ET INTERNATIONALE	14
Article 9. CLAUSE DE LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME	15
Article 10. TRAITEMENT DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL	15
Article 11. EXCLUSIONS	16
11.1. COMMUNES A TOUTES LES GARANTIES	16
11.2. GARANTIE INVALIDITE ABSOLUE ET DEFINITIVE	17
11.3. GARANTIES DECES ACCIDENTEL	17
Article 12. SUBROGATION	18
Article 13. FAUSSE DECLARATION	18
Chapitre 2. DECES	19
Article 1. OBJET DE LA GARANTIE	19
Article 2. SITUATION DE FAMILLE RETENUE	19
2.1. DEFINITIONS DES MEMBRES DE LA FAMILLE	19
2.2. CRITERES D'APPRECIATION	20
Article 3. MONTANT DU CAPITAL	20
Article 4. BENEFICIAIRES DU CAPITAL	21
4.1. DESIGNATION TYPE	21
4.2. DESIGNATION PARTICULIERE	21
Article 5. INVALIDITE ABSOLUE ET DEFINITIVE	22
Article 6. FRAIS D'OBSEQUES	23
Article 7. PIECES A FOURNIR EN CAS DE SINISTRE	23
7.1. DECES	23
7.2. INVALIDITE ABSOLUE ET DEFINITIVE DE L'ASSURE	24
Chapitre 3. DECES ACCIDENTEL	25
Article 1. OBJET DE LA GARANTIE	25
Article 2. DISPOSITIONS RELATIVES A L'ACCIDENT	25
Article 3. MONTANT DU CAPITAL	25
Article 4. SITUATION DE FAMILLE RETENUE	25
Article 5. BENEFICIAIRES DU CAPITAL	25
Article 6. INVALIDITE ABSOLUE ET DEFINITIVE	26

Article 7. PIECES A FOURNIR EN CAS DE SINISTRE	26
7.1. DECES	26
7.2. INVALIDITE ABSOLUE ET DEFINITIVE	27
Chapitre 4. INCAPACITE DE TRAVAIL - INVALIDITE PERMANENTE	
SUITE A UN ACCIDENT OU D'UNE MALADIE DANS LE CADRE DE LA VIE PRIVEE	28
Article 1. OBJET DE LA GARANTIE	28
Article 2. INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL	28
2.1. MONTANT DE L'INDEMNITE	29
2.2. CESSATION DE L'INDEMNITE	29
2.3. MODALITES DE REGLEMENT	29
2.4. REVALORISATION	29
Article 3. INVALIDITE PERMANENTE « AU PREMIER EURO »	30
3.1. MONTANT DE LA RENTE AU PREMIER EURO	30
3.1.1. TAUX D'INCAPACITE FONCTIONNELLE	30
3.1.2. TAUX D'INCAPACITE PROFESSIONNELLE	30
3.1.3. TAUX D'INVALIDITE	31
3.1.4. MONTANT DE LA RENTE	31
3.2. REVISION ET SUPPRESSION DE LA RENTE	32
3.3. EFFET ET CESSATION DE LA RENTE	32
3.4. MODALITES DE REGLEMENT	32
3.5. REVALORISATION	32
Article 4. PIECES A FOURNIR EN CAS DE SINISTRE	33
Article 5. CONTROLE MEDICAL	34
Chapitre 5. GARANTIE ARRÊT DE TRAVAIL EN CAS D'ACCIDENT DU TRAVAIL ET DE MALADIE PROFESSIONNELLE	35
Article 1. OBJET DE LA GARANTIE	35
Article 2. INCAPACITE TEMPORAIRE	35
2.1. MONTANT DE L'INDEMNITE JOURNALIERE	35
2.2. MODALITES DE REGLEMENT	36
2.3. REVALORISATION	36
Article 3. INCAPACITE PERMANENTE	37
3.1. MONTANT DE LA RENTE	37
3.2. TAUX D'INCAPACITE PERMANENTE	37
3.2.1. DETERMINATION DU TAUX D'INCAPACITE PERMANENTE :	37
3.2.2. TAUX D'INCAPACITE PERMANENTE INFERIEUR A 10% :	37
3.2.3. TAUX D'INCAPACITE PERMANENTE EGAL OU SUPERIEUR A 10% :	37
3.3. MODALITES DE REGLEMENT	38
3.3.1. TAUX D'INCAPACITE PERMANENTE INFERIEUR A 10% :	38
3.3.2. TAUX D'INCAPACITE PERMANENTE EGAL OU SUPERIEUR A 10% :	38
3.4. REVALORISATION	38
3.5. EFFET ET CESSATION DE LA RENTE	38
Article 4. RENTE D'AYANTS DROIT	38
4.1. RENTE VIAGIERE DE CONJOINT	38
4.1.1. CONDITIONS D'OUVERTURE DES DROITS	38
4.1.2. MONTANT	39
4.1.3. MODALITES DE REGLEMENT	39
4.2. RENTE TEMPORAIRE D'ORPHELIN	40
1. MONTANT	40
2. MODALITES DE REGLEMENT	40
4.3. RENTE VIAGERE D'ASCENDANT	40

4.3.1. CONDITIONS D'OUVERTURE DES DROITS	40
4.3.2. MONTANT	41
4.4. DISPOSITIONS COMMUNES	41
1. CUMUL DES RENTES	41
2. REVALORISATION DES PRESTATIONS	41
Article 5. DELAI DE DECLARATION	41
Article 6. PIECES A FOURNIR EN CAS DE SINISTRE	42
Article 7. CONTROLE MEDICAL	42
Article 8. SUBROGATION	42
<u>Chapitre 6. MAINTIEN DES GARANTIES AU NIVEAU ATTEINT AU VOLONTAIRE EN ETAT</u>	
<u>D'INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL OU D'INVALIDITE PERMANENTE</u>	
<u>Y COMPRIS APRES RESILIATION DU CONTRAT</u>	43
Article 1. CONDITIONS DU MAINTIEN	43
Article 2. CESSATION	44

PREAMBULE

Le Contrat auquel se rapporte la présente notice d'information est régi par le Code des assurances français. L'interprétation et l'exécution du Contrat sont soumises au droit français.

L'autorité de contrôle est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), située 4, place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09 - France.

La présente notice d'information établie par l'Assureur en application de l'Article L. 141-4 du Code des assurances est jointe au Contrat pour en faire partie intégrante.

La langue du Contrat et des échanges entre les Parties en exécution du Contrat est le français, seule la version française fait foi dans l'hypothèse où le présent Contrat fait l'objet d'une copie et/ou d'une traduction dans une autre langue.

Le Souscripteur déclare être pleinement informé de ce que l'Assureur est soumis, en raison de sa qualité d'organisme financier, aux obligations légales issues principalement du Code monétaire et financier en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux et notamment à une obligation de déclaration auprès du service Tracfin en cas de soupçon.

PREAMBULE – DEFINITIONS

Dans le Contrat et la présente notice d'information, les mots ou expressions, qu'ils soient au singulier ou au pluriel, commençant avec une majuscule, auront la signification qui suit :

Dans la présente notice, comprenant le Préambule et les Annexes, les mots ou expressions, qu'ils soient au singulier ou au pluriel, commençant avec une majuscule auront la signification qui suit :

- « **Accident** » : lésion provoquée par l'action violente et soudaine d'une cause extérieure fortuite et indépendante de la volonté de l'Assuré. Les événements totalement ou partiellement provoqués par une cause pathologique et en particulier les épidémies, ainsi que les accidents vasculaires cérébraux ne peuvent pas être considérés comme des accidents puisqu'un accident vasculaire cérébral est soudain mais pas de cause extérieure ;
- **Accident vasculaire cérébral (AVC)** : L'accident vasculaire cérébral (AVC) est un déficit neurologique soudain d'origine vasculaire dont la cause peut être une hémorragie cérébrale ou une ischémie due à l'occlusion d'une artère provoquant ainsi un infarctus (infarctus) cérébral. Le mécanisme d'occlusion est le plus souvent soit un athérome obstructif, soit un caillot (de formation locale ou embolique). D'autres causes peuvent être retenues : déchirure de la paroi d'une artère (dissection) ou compression par une tumeur.
Pour ouvrir droit au versement du capital supplémentaire, l'accident vasculaire cérébral doit se manifester pour la première fois. En cas d'accidents vasculaires successifs entraînant le décès, seul le premier permet de bénéficier de la garantie ; l'Assuré ne doit jamais avoir eu la nécessité ou le besoin de se faire soigner préalablement pour ce type de maladie.

Outre les cas prévus par chacune d'elles, les garanties maintenues cessent dans les cas suivants :

- (i) dès que l'incapacité ou l'invalidité de l'Assuré n'est plus de nature à ouvrir droit aux indemnités quotidiennes ou à la rente d'invalidité que le Souscripteur ait ou non souscrit ces garanties au titre du présent contrat, ou
- (ii) à la date de liquidation de toute pension vieillesse ou assimilée ou d'une pension pour incapacité au travail, ou
- (iii) au jour du 67^{ème} anniversaire de l'Assuré ;
- (iv) dès le jour où il s'est écoulé une période de six (6) mois pendant laquelle l'Assuré n'a pas produit de pièces justifiant de la continuité de l'arrêt ;

- **Accident cardiovasculaire :** L'accident cardiovasculaire est la nécrose du muscle cardiaque due à un apport sanguin inadéquat ayant entraîné les signes d'infarctus aigu du myocarde.

Pour ouvrir droit au versement du capital supplémentaire : l'accident cardiovasculaire doit se manifester pour la première fois. En cas d'accidents cardiovasculaires successifs entraînant le décès ou la reconnaissance de l'invalidité absolue et définitive, seul le premier permet de bénéficier de la garantie ; l'Assuré ne doit jamais avoir eu la nécessité ou le besoin de se faire soigner préalablement pour ce type de maladie.

- **« Accident du travail » :** tout accident tel que défini ci-dessus (« Accident »), qui survient à un Assuré dans le cours et par le fait de l'exécution de son contrat de mission conclu avec le Souscripteur et qui produit une lésion. Les Parties conviennent que pour être considéré comme un accident de travail, le fait accidentel doit conjuguer les éléments suivants : (i) un événement soudain, (ii) une lésion, (iii) un accident survenu dans le cours de l'exécution du contrat de mission et par le fait de cette exécution, étant entendu que :
 - (i) l'existence du « contrat de mission » est déterminée par la présence d'un lien de subordination et, le cas échéant, par l'existence d'une rémunération, un écrit n'étant pas indispensable et la forme du contrat ou sa qualification n'étant pas déterminantes ;
 - (ii) la « lésion » est une atteinte à l'intégrité physique et/ou mentale de l'Assuré. La lésion peut être une pathologie qui se développe à la suite de la survenance d'un événement soudain, définit ci-dessous. La lésion entraîne à minima, l'engagement de frais médicaux ;
 - (iii) un « événement soudain » est celui qui se réalise instantanément ou dans un laps de temps relativement court. L'exercice habituel et normal de la tâche journalière peut être caractérisé comme étant l'événement soudain à la condition que soit décelé un élément qui a pu causer la lésion ;
 - (iv) « dans le cours de l'exécution du contrat de mission » implique qu'au moment de l'accident, l'Assuré se trouve (i) sous l'autorité effective de l'entreprise auprès de laquelle le volontaire exerce son volontariat, c'est-à-dire pendant les heures de travail, (ii) ou même sous l'autorité théorique de celui-ci, c'est-à-dire pendant une pause ou tout événement organisé par l'entreprise pour laquelle le volontaire effectue sa mission. En particulier, les Parties déclarent à cet égard que :
 - l'accident qui survient à l'Assuré en mission hors des locaux de l'entreprise auprès de laquelle le volontaire exerce son volontariat, pendant les heures de travail, est considéré comme un accident du travail ;
 - l'accident qui survient à l'Assuré dans le cadre du télétravail est présumé, jusqu'à preuve du contraire, survenu pendant l'exécution du contrat de mission (i) s'il se produit sur le ou les lieux que ce dernier a choisis par écrit comme lieu(x) d'exécution de son travail et (ii) s'il se produit durant la période de la journée prévue par écrit comme période pendant laquelle le travail peut s'effectuer. A défaut d'une telle mention dans son contrat de mission, la présomption s'appliquera pendant les heures de travail durant lesquelles le télétravailleur exécute habituellement son travail dans les locaux de l'entreprise auprès de laquelle le volontaire exerce son volontariat.

- l'accident de trajet normal que l'Assuré effectue pour se rendre de son lieu de résidence, de déjeuner, de rendez-vous professionnel, de déplacement professionnel, à son lieu de travail, et vice-versa ;
- (v) « par le fait de l'exécution du contrat de mission » implique que l'accident de travail doit être lié à l'exercice du travail, même en violation des règles de sécurité par l'Assuré. La faute grave de l'Assuré n'exclut pas la notion d'accident de travail, toutefois, les accidents intentionnels sont exclus.
En matière de charge de la preuve, l'Assuré bénéficie de présomptions suivantes :
 - l'Assuré doit établir que l'accident est survenu *dans le cours de l'exécution du contrat de mission* ; dès lors que cette preuve est établie l'accident survenu dans le cours de l'exécution du contrat de mission est présumé être survenu par le fait de l'exécution dudit contrat de mission, étant entendu que la preuve contraire peut être rapportée par l'Assureur ; et
 - l'Assuré doit apporter la preuve d'une lésion et d'un évènement soudain ; dès lors que cette preuve est établie la lésion est présumée trouver son origine dans l'accident, étant entendu que la preuve contraire peut être rapportée par l'Assureur ;
- « **Annexe** » : document joint au présent Contrat qui en constitue un élément indivisible ;
- « **Assureur** » : AXA France Vie qui garantit les Risques souscrits ;
- « **Assuré** » : personne physique appartenant à la Catégorie Assurée et bénéficiant des garanties prévues au présent Contrat. Il est indifféremment employé le terme au masculin singulier ; ci-après désigné « Volontaire ».
- « **Bénéficiaires** » : défini à l'Article 4 du Chapitre 2 ;
- « **Burn-out** » : (mise à jour lors de la 11e révision de la *Classification internationale des maladies*, la [CIM-11](#) de l'OMS) aussi appelé « épuisement professionnel », il est défini comme étant un syndrome résultant d'un stress chronique au travail qui n'a pas été géré avec succès. Il est caractérisé par [trois dimensions](#) :
 1. un sentiment de manque d'énergie ou d'épuisement ;
 2. une distance mentale accrue par rapport au travail, ou sentiments de négativisme ou de cynisme liés au travail ;
 3. une efficacité professionnelle réduite.
- « **Catégorie Assurée** » : définie à l'Article 2 du Chapitre 1 ;
- « **Garantie** » : engagement de l'Assureur de verser une prestation en cas de Sinistre survenant entre la date d'admission à l'assurance et la date de cessation de l'assurance, telles que définies à l'Article 4 du Chapitre 1 ;

- « **Maladies Professionnelles** » : toute maladie diagnostiquée se trouvant sur la liste des maladies professionnelles listée en Annexe du Code de la Sécurité Sociale française et reconnue au moment de la date du Sinistre, étant entendu que ladite reconnaissance emporte l'établissement automatique d'un lien causal entre la maladie et l'exposition professionnelle. Si la maladie ne figure pas sur la liste susvisée, il revient à l'Assuré d'apporter la preuve du lien de causalité entre la maladie et l'exposition professionnelle au risque de cette maladie ;
- « **Pays d'Origine** » : par défaut, il s'agit du pays du lieu du domicile principal de l'Assuré avant la date de son affectation professionnelle ;
- « **Pays d'Affectation** » : pays où l'Assuré exercera durant toute la durée de son affectation, son activité professionnelle ;
- « **Risque** » : événement futur, incertain et dommageable, affectant un Assuré dont la réalisation est prise en considération par une garantie objet du présent Contrat, et qui, sous réserve des conditions du présent Contrat, constitue un Sinistre en cas de réalisation ;
- « **Sinistre** » : réalisation d'un Risque assuré par l'Assureur ;
- « **Vie privée** » : tous les actes et situations qui ne résultent pas de l'exercice d'une participation quelconque de l'Assuré à la « vie professionnelle », laquelle s'entend d'un ensemble d'activités exercées de manière habituelle dans un but lucratif.

CHAPITRE 1.

DISPOSITIONS GENERALES

ARTICLE 1.OBJET DU CONTRAT

Le Contrat auquel se rapporte la présente notice d'information (ci-après « Contrat ») définit les conditions et modalités de mise en œuvre des Garanties souscrites par le Souscripteur au bénéfice de la Catégorie Assurée visée à l'article 3 du présent Chapitre et répondant aux conditions d'admission visées à l'4 du présent Chapitre, uniquement pour les garanties listées ci-après :

- (i) DECES, telle que décrite au Chapitre 2 ;
- (ii) DECES ACCIDENTEL, telle que décrite au Chapitre 3 ;
- (iii) INCAPACITE TEMPORAIRE ET INVALIDITE PERMANENTE, telle que décrite au Chapitre 4 ;
- (iv) ACCIDENT DU TRAVAIL – MALADIE PROFESSIONNELLE, telle que décrite au Chapitre 5 ;

Les Garanties s'appliquent dans le monde entier, sous réserve du respect des dispositions du présent Contrat.

Le présent Contrat prévoit une couverture au premier euro (ci-après « **1^{er} euro** »), qui se caractérise par l'intervention au premier rang de l'Assureur qui n'intervient pas en principe, en complément d'un régime facultatif ou obligatoire de base, sous réserve des dispositions spécifiques relatives à chaque garantie.

ARTICLE 2.EFFET ET DUREE DU CONTRAT

LE CONTRAT PREND EFFET LE PREMIER JANVIER DEUX MILLE VINGT DEUX.

LE CONTRAT EST CONCLU POUR UNE PERIODE ALLANT JUSQU'AU TRENTE ET UN (31) DECEMBRE DEUX MILLE VINGT TROIS ET SE RENOUVELLE ENSUITE PAR TACITE RECONDUCTION, AU 1ER JANVIER DE CHAQUE ANNEE POUR DEUX PERIODES SUCCESSIVES D'UN AN.

AU DELA DE LA PERIODE DE DEUX ANS, IL PEUT ETRE DENONCE SUR L'INITIATIVE DE L'UNE OU L'AUTRE DES PARTIES, AU MOYEN D'UNE LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE DE RECEPTION ENVOYEE, SOUS RESERVE DU RESPECT D'UN PREAVIS DE SIX (6) MOIS POUR L'ASSUREUR ET DE TROIS (3) MOIS POUR LE SOUSCRIPTEUR.

ARTICLE 3.CATEGORIE ASSUREE

La Catégorie Assurée se compose de l'ensemble des volontaires internationaux affectés à l'étranger dont la gestion a été confiée au Souscripteur par l'Etat français.

Par « volontaire international », on entend : toute personne dont les conditions sont fixées par la loi du quatorze mars deux mille (14/03/2000), français ou ressortissant d'un ETAT membre de l'Union Européenne ou d'un autre Etat participant à l'accord sur l'Espace Economique Européen et effectuant un volontariat international dans le monde entier où la France a des relations diplomatiques de durée variable (minimum six mois, maximum vingt-quatre mois), faisant l'objet d'une décision d'affectation des ministères compétents, et désignée par le Souscripteur.

ARTICLE 4.PERIODE D'ASSURANCE

4.1.ADMISSION A L'ASSURANCE

L'admission à l'assurance (ci-après « Période d'assurance ») a lieu à la date d'entrée dans la Catégorie Assurée, et au plus tôt, à la date d'effet du Contrat.

4.2.CESSATION DE L'ASSURANCE

Sauf en cas de réticence, omission ou déclaration fausse ou inexacte faite de mauvaise foi, l'Assuré (Volontaire) une fois admis, ne peut être exclu de l'Assurance contre son gré sous réserve des dispositions de l'article L141-3 du Code des Assurances.

L'assurance se poursuit durant l'exécution du présent Contrat et prend fin pour chaque Assuré :

- (i) à la date à laquelle l'Assuré cesse d'appartenir à Catégorie Assurée, sous réserve des dispositions prévues au Chapitre 6 relatif au maintien des garanties en cas d'arrêt de travail ;
- (ii) à la date de liquidation d'une pension de vieillesse ou assimilée ou d'une pension pour incapacité au travail de la Sécurité sociale française ou assimilée et au plus tard, au soixante-septième (67^{ème}) anniversaire de l'Assuré ;
- (iii) à la date de résiliation du présent Contrat.

4.3.REVALORISATION DES PRESTATIONS

Les prestations sont revalorisées en fonction de l'évolution du Plafond Annuel de la Sécurité sociale française.

Conformément à la Loi ECKERT du 13 juin 2014, entrée en vigueur le 1er janvier 2016, les capitaux servis en cas de décès sont revalorisés à compter de la date du décès ouvrant droit à prestations.

Les conditions d'application de cette revalorisation sont fixées par les articles L132-5 et R132-3-1 du Code des assurances.

ARTICLE 5. CONTROLE DE L'ASSUREUR

L'ASSUREUR PEUT À TOUT MOMENT DEMANDER DES PIÈCES JUSTIFICATIVES COMPLÉMENTAIRES ET VÉRIFIER OU FAIRE VÉRIFIER QUE L'ASSURÉ PEUT PRÉTENDRE AUX PRESTATIONS DEMANDÉES : À DÉFAUT POUR L'ASSURÉ DE RÉPONDRE À LA DEMANDE DE L'ASSUREUR, IL PEUT ÊTRE DÉCHU DE TOUT DROIT À INDEMNITÉ.

Si l'Assuré conteste les décisions de l'Assureur concernant son indemnisation, il peut demander une expertise amiable et contradictoire entre son médecin traitant et le médecin délégué par l'Assureur, chaque Partie supportant les frais de son expert. L'Assureur désigne un médecin délégué dans les trente (30) jours suivant la demande d'expertise. Si ces deux médecins ne peuvent parvenir à des conclusions communes, ils désignent d'un commun accord un médecin arbitre pour les départager, dans les trente (30) jours suivant le constat de désaccord entre les médecins.

La décision du médecin arbitre s'impose à l'Assuré et à l'Assureur, chaque Partie supportant la moitié des frais afférents au médecin arbitre.

La désignation du médecin délégué par l'Assureur, ainsi que celle du médecin arbitre, doit être faite dans les trente (30) jours suivant la demande ou le constat de désaccord entre les deux médecins. À défaut la partie la plus diligente pourra saisir le Président du Tribunal de Grande Instance de Paris.

ARTICLE 6. PRESCRIPTION

Conformément aux dispositions de l'Article L. 114-1 du Code des assurances, toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux (2) ans à compter de l'évènement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

- (i) en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le Risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;
- (ii) en cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

La prescription est portée à dix (10) ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le Bénéficiaire est une personne distincte du Souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'Assuré décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du paragraphe 1. (ii), les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente (30) ans à compter du décès de l'Assuré.

Conformément à l'Article L114-2 du Code des assurances, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'Assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'Assuré à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription auxquelles l'Article L. 114-2 du Code des assurances fait référence sont :

- (i) la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait qui interrompt le délai de prescription (Article 2240 du Code civil) ;
- (ii) la demande en justice, même en référé, qui interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion. Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure (Article 2241 du Code civil) ;
- (iii) l'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance (Article 2242 du Code civil) ;
- (iv) l'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée (Article 2243 du Code civil) ;
- (v) le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée (Article 2244 du Code civil) ;
- (vi) l'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers. En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu.

Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers (Article 2245 du Code civil) ;

- (vii) l'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution (Article 2246 du Code civil).

Conformément à l'Article L. 114-3 du Code des assurances, par dérogation à l'Article 2254 du Code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

ARTICLE 7.RECLAMATION

Indépendamment du droit de l'Assuré d'engager une action en justice, si, après avoir contacté son interlocuteur privilégié ou le service clients par téléphone ou par courrier, une incompréhension subsiste, il peut être fait appel au service suivant de l'Assureur en précisant le nom et le numéro du Contrat ainsi que ses coordonnées complètes :

AXA Santé et Collectives
Direction Relations Clientèle
TSA 46 307
95901 Cergy Pontoise cedex 9 - France

La situation de l'Assuré sera étudiée avec le plus grand soin : un accusé de réception sera adressé à l'Assuré sous dix (10) jours et une réponse lui sera alors adressée dans un délai de soixante (60) jours (sauf si la complexité nécessite un délai complémentaire).

Si aucune solution n'a été trouvée, l'Assuré pourra ensuite faire appel au Médiateur de l'Assurance, personnalité indépendante, en écrivant à l'adresse suivante - La Médiation de l'Assurance TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09 - France, ou sur son site internet <http://www.mediation-assurance.org>. L'intervention du médiateur est gratuite.

Le Médiateur formulera un avis dans les quatre-vingt-dix (90) jours à compter de la date à laquelle il a notifié sa saisine. Son avis ne s'impose pas et laissera à l'Assuré toute liberté pour saisir éventuellement le Tribunal français compétent.

ARTICLE 8.MESURES RESTRICTIVES DEFINIES PAR LA REGLEMENTATION FRANÇAISE ET INTERNATIONALE

Le présent Contrat sera sans effet et l'Assureur ne sera pas tenu de payer une indemnité ou de fournir des garanties au titre du présent Contrat dès lors que l'exécution du Contrat exposerait l'Assureur aux sanctions, interdictions ou aux restrictions résultant des résolutions des Nations Unies ou aux sanctions économiques ou commerciales prévues par les lois ou règlements édictés par l'Union européenne, le Royaume Uni ou les Etats-Unis d'Amérique.

ARTICLE 9. CLAUSE DE LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME

L'Assureur, en sa qualité d'organisme financier, est soumis aux obligations légales de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme issues principalement des Articles L. 561-1 et suivants du Code monétaire et financier / de la Directive européenne n°2015/849 du parlement européen et du Conseil relatif à la prévention de l'utilisation du système financier aux fins du blanchiment de capitaux ou du financement du terrorisme.

Afin de permettre à l'Assureur de respecter ces obligations, le Souscripteur s'engage à remettre à ce dernier les éléments et justificatifs d'identification et de connaissance client qui lui sont relatifs ainsi que ceux concernant les Assurés. En vertu du principe de vigilance constante, l'ensemble de ces éléments devront être actualisés notamment au moment de la délivrance de la prestation au profit de l'assuré.

Le Souscripteur s'engage par ailleurs à ce que les sommes qui sont ou seront versées par ses soins au titre de ce contrat ne proviennent pas d'une fraude fiscale ou de toute autre infraction passible d'une peine privative de liberté supérieure à un an et ne participent pas au financement du terrorisme.

En cas de non-respect de ces différentes obligations, l'Assureur se réserve le droit d'effectuer une déclaration de soupçon auprès de TRACFIN ou toute autre démarche auprès des autorités compétentes conformément à la réglementation susvisée.

ARTICLE 10. TRAITEMENT DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL

Dans le cadre de votre relation avec une société du groupe AXA pour un contrat d'assurance, cette dernière va principalement utiliser vos données pour la passation, la gestion (y compris commerciale) et l'exécution de celui-ci. Elle sera également susceptible de les utiliser (i) dans le cadre de contentieux, (ii) pour la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, (iii) afin de se conformer à une réglementation applicable, ou (iv) pour l'analyse de tout ou partie des données vous concernant collectées au sein du groupe AXA, éventuellement croisées avec celles de partenaires choisis, afin d'améliorer nos produits (recherche et développement), évaluer votre situation ou la prédire (scores d'appétence) et personnaliser votre parcours en tant qu'assuré. Les données relatives à votre santé éventuellement recueillies seront exclusivement utilisées pour la passation, la gestion et l'exécution de votre contrat.

Vos données seront conservées le temps nécessaire à ces différentes opérations, ou pour la durée spécifiquement prévue par la CNIL (normes pour le secteur de l'assurance) ou la loi (prescriptions légales).

Elles seront uniquement communiquées aux sociétés du groupe AXA, intermédiaires d'assurance, réassureurs, partenaires ou organismes professionnels habilités qui ont besoin d'y avoir accès pour la réalisation de ces opérations. Pour ceux de ces destinataires situés en-dehors de l'Union Européenne, le transfert est limité (i) aux pays listés par la Commission Européenne comme

protégeant suffisamment les données ou (ii) aux destinataires respectant soit les clauses contractuelles types proposées par la CNIL soit les règles internes d'entreprise du groupe AXA de protection des données (BCR). Les données relatives à votre santé éventuellement recueillies ne seront communiquées qu'aux seuls sous-traitants habilités de l'Assureur.

Nous sommes légalement tenus de vérifier que vos données sont exactes, complètes et, si nécessaire, mises à jour. Nous pourrions ainsi vous solliciter pour le vérifier ou être amenés à compléter votre dossier (par exemple en enregistrant votre email si vous nous avez écrit un courrier électronique).

Vous pouvez demander l'accès, la rectification, l'effacement ou la portabilité de vos données, définir des directives relatives à leur sort après votre décès, choisir d'en limiter l'usage ou vous opposer à leur traitement. Si vous avez donné une autorisation spéciale et expresse pour l'utilisation de certaines de vos données, vous pouvez la retirer à tout moment sous réserve qu'il ne s'agisse pas d'informations qui conditionnent l'application de votre contrat.

Vous pouvez écrire :

- à notre délégué à la protection des données pour exercer vos droits par email (service.informationclient@axa.fr) ou par courrier (AXA France - Service Information Client - 313 Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre cedex). Pour plus d'informations, consultez www.axa.fr/donnees-personnelles.html.

En cas de réclamation, vous pouvez choisir de saisir la CNIL.

ARTICLE 11.EXCLUSIONS

11.1.COMMUNES A TOUTES LES GARANTIES

EST EXCLU DES GARANTIES PRECITEES, LE DECES ET/OU L'ARRET DE TRAVAIL CAUSE PAR LES FAITS GENERATEURS SUIVANTS :

- (i) D'UN SUICIDE OU TENTATIVE DE SUICIDE AU COURS DE LA PREMIERE ANNEE D'ASSURANCE. SI L'ASSURE ETAIT PRECEDEMMENT GARANTI AU TITRE D'UN CONTRAT D'ASSURANCE DE GROUPE A ADHESION OBLIGATOIRE, POUR DES NIVEAUX DE GARANTIES SIMILAIRES, SANS QU'IL Y AIT EU INTERRUPTION DE GARANTIES, LE DELAI D'UN AN EST SUPPRIME ;
- (ii) LES CONSEQUENCES DE MALADIE OU D'ACCIDENT QUI SONT LE FAIT VOLONTAIRE DE LA PERSONNE GARANTIE OU DE MUTILATIONS VOLONTAIRES ;
- (iii) LES CONSEQUENCES D'UNE GUERRE CIVILE OU NON, D'UNE INSURRECTION, D'UNE EMEUTE, OU D'ACTES TERRORISTES, QUELQUE SOIT LE LIEU OU SE DEROULENT CES EVENEMENTS ET QUELQU'EN SOIT LES PROTAGONISTES, SAUF SI LA PERSONNE GARANTIE NE PREND PAS UNE PART ACTIVE A L'EVENEMENT, OU SI ELLE EST APPELEE A EFFECTUER UNE MISSION D'ENTRETIEN OU DE SURVEILLANCE EN VUE DU MAINTIEN DE LA SECURITE DES PERSONNES ET DES BIENS AU BENEFICE DU SOUSCRIPTEUR ;

EN OUTRE EN CAS DE GUERRE OU LA FRANCE SERAIT BELIGERANTE AUCUNE DES GARANTIES NE SERAIT ACCORDEE.

11.2.GARANTIE INVALIDITE ABSOLUE ET DEFINITIVE

EST EXCLU DE LA GARANTIE PRECITEES, L'INVALIDITE QUI RESULTE DE L'ETHYLISME S'IL EST REVELE QUE L'ASSURE A UN TAUX D'ALCOOLEMIE EGAL OU SUPERIEUR AUX TAUX CARACTERISANT L'ETAT D'ALCOOLEMIE REPREHENSIBLE EN VERTU DE LA LEGISLATION FRANÇAISE, OU DE L'USAGE DE STUPEFIANTS OU DE SUBSTANCES MEDICAMENTEUSES EN L'ABSENCE OU EN DEHORS DES LIMITES DE PRESCRIPTION MEDICALE.

11.3.GARANTIES DECES ACCIDENTEL

EST EXCLU DE LA GARANTIE PRECITEE, LE DECES CAUSE PAR LES FAITS GENERATEURS SUIVANTS :

- (i) D'UNE OPERATION CHIRURGICALE NECESSITEE PAR UN ACCIDENT EXCLU DE L'ASSURANCE ;
- (ii) DE L'ETHYLISME, D'IVRESSE MANIFESTE OU S'IL EST REVELE QU'AU MOMENT DE L'ACCIDENT LA PERSONNE GARANTIE A L'ORIGINE DE L'ACCIDENT AVAIT UN TAUX D'ALCOOLEMIE EGAL OU SUPERIEUR AU TAUX CARACTERISANT L'ETAT D'ALCOOLEMIE REPREHENSIBLE EN VERTU DE LA LEGISLATION FRANÇAISE ;
- (iii) DE L'USAGE DE STUPEFIANT OU DE SUBSTANCE MEDICAMENTEUSE EN L'ABSENCE OU EN DEHORS DES LIMITES DE PRESCRIPTION MEDICALE ;
- (iv) DE LA PARTICIPATION A UN DUEL, UN CRIME, UN DELIT INTENTIONNEL OU UNE RIXE, SAUF CAS DE LEGITIME DEFENSE ET D'ASSISTANCE A PERSONNE EN DANGER,
- (v) DE LA PARTICIPATION A TOUS SPORTS ET COMPETITIONS A TITRE PROFESSIONNEL,
- (vi) DE LA PARTICIPATION A DES ACTIONS MILITAIRES OU DE POLICE,
- (vii) DE LA DETENTION, LA POSSESSION OU LA MANIPULATION PAR L'ASSURE SUR LE LIEU DE L'ACCIDENT SOIT D'ENGIS DE GUERRE SOIT D'UNE ARME DONT LA DETENTION EST INTERDITE,
- (viii) D'UN ACTE DE BELLIGERANCE OU DE TERRORISME REVENDIQUE OU NON,
- (ix) DE LA PARTICIPATION DE L'ASSURE A TOUTES COMPETITIONS (ET LEURS ESSAIS) COMPORTANT L'UTILISATION DE VEHICULES OU D'EMBARCATIONS A MOTEUR,
- (x) D'ACCIDENT RESULTAT DE LA PRATIQUE DU SAUT A L'ELASTIQUE AINSI QUE L'UTILISATION PAR L'ASSURE (Y COMPRIS EN QUALITE DE PASSAGER) DE DELTAPLANES, PARAPENTES, D'AVIONS ULTRA LEGERS MOTORISES ET DE TOUS AUTRES AERONEFS NON AGREES POUR EFFECTUER DU TRANSPORT PUBLIC,
- (xi) DE SINISTRE RESULTAT DIRECTEMENT OU INDIRECTEMENT DE LA DESINTEGRATION DU NOYAU ATOMIQUE ;
- (xii) DE LA PRATIQUE DE TOUTE ACTIVITE SPORTIVE EFFECTUEE EN INFRACTION MANIFESTE DES REGLES DE SECURITE DEFINIES PAR LES POUVOIRS PUBLICS DE TELLE MANIERE QUE L'ASSURE NE POUVAIT IGNORER LE RISQUE D'ACCIDENTS ;
- (xiii) LES ACCIDENTS SURVENUS AU COURS DE LA PARTICIPATION DE L'ASSURE A DES COMPETITIONS, DEMONSTRATIONS AERIENNES, EXERCICES DE VOLTIGE, ACROBATIES,

RAIDS, TENTATIVES DE RECORDS, VOLS SUR PROTOTYPES, VOLS D'ESSAIS, SAUTS EFFECTUES AVEC DES PARACHUTES NON HOMOLOGUES ET ACTIVITES DE NAVIGANT MILITAIRE.

PAR AILLEURS, LES CONSEQUENCES D'ACCIDENT DE LA NAVIGATION AERIENNE NE SONT GARANTIES QUE DANS LE CAS OU :

- L'AERONEF UTILISE EST APTE AU COL CONFORMEMENT AUX PRESCRIPTIONS TECHNIQUES REGLEMENTAIRES ET EST MUNI D'UN CERTIFICAT DE NAVIGABILITE EN COURS DE VALIDITE ;
- LES MEMBRES DE L'EQUIPAGE SONT TITULAIRES DE BREVETS, LICENCES, ET QUALIFICATIONS EN COURS DE VALIDITE EXIGES POUR LES FONCTIONS QU'ILS OCCUPENT A BORD, COMPTE TENU DE L'AERONEF UTILISE ET DE LA NATURE DU VOL, ET POURVUS DES AUTORISATIONS SPECIALES LORSQU'ELLES SONT NECESSAIRES ;
- L'AERONEF UTILISE A REÇU LES AGREMENTS ADMINISTRATIFS, EN ETAT DE VALIDITE, L'AUTORISANT A EFFECTUER LE TRANSPORT DE PASSAGERS.

LES EVENEMENTS TOTALEMENT OU PARTIELLEMENT PROVOQUES PAR UNE CAUSE PATHOLOGIQUE ET EN PARTICULIER LES EPIDEMIES, AINSI QUE LES ACCIDENTS VASCULAIRES CEREBRAUX NE PEUVENT PAS ETRE CONSIDERES COMME DES ACCIDENTS.

ARTICLE 12.SUBROGATION

Les prestations ayant un caractère indemnitaire pour l'Assuré et étant versées en réparation du dommage qui lui est causé du fait de la perte de salaire, il pourra être fait application, le cas échéant, des dispositions de l'Article L. 121-12 du Code des assurances : « l'Assureur est subrogé, à concurrence des sommes par lui versées, dans les droits et actions de l'Assuré contre tout tiers responsable ».

ARTICLE 13.FAUSSE DECLARATION

LE CONTRAT D'ASSURANCE EST NUL EN CAS DE RETICENCE OU DE FAUSSE DECLARATION INTENTIONNELLE DE LA PART DU SOUSCRIPTEUR, QUAND CETTE RETICENCE OU CETTE FAUSSE DECLARATION CHANGE L'OBJET DU RISQUE ET EN DIMINUE L'OPINION POUR L'ASSUREUR ALORS MEME QUE LE RISQUE OMIS OU DENATURE PAR LE SOUSCRIPTEUR A ETE SANS INFLUENCE SUR LE SINISTRE. LES COTISATIONS PAYEES DEMEURENT ALORS ACQUISES A L'ASSUREUR QUI A DROIT AU PAIEMENT DE TOUTES LES COTISATIONS ECHUES A TITRE DE DOMMAGES INTERETS.

LE TERME DECLARATION DESIGNER LES DOCUMENTS TRANSMIS A L'ASSUREUR PERMETTANT L'EVALUATION DU RISQUE.

Chapitre 2.

DECES

ARTICLE 1.OBJET DE LA GARANTIE

En cas de décès de l'Assuré, un capital est versé conformément aux dispositions prévues ci-après, le capital pouvant être versé par anticipation en cas d'invalidité absolue et définitive telle que visée à l'article 5 du présent Chapitre.

En cas de décès de l'Assuré, l'Article 6 organise le versement d'une indemnité de frais d'obsèques.

ARTICLE 2. SITUATION DE FAMILLE RETENUE

2.1.DEFINITIONS DES MEMBRES DE LA FAMILLE

Sont considérés comme membres de la famille, les ayants droit de l'Assuré (toutes personnes visées par le Code de la Sécurité sociale) et notamment :

- (i) « **Conjoint** » : époux ou épouse de l'Assuré non divorcé et non séparé judiciairement ;
- (ii) « **Partenaire d'une union civile** » : partenaire avec lequel l'Assuré est lié par une union civile légalement prévu par le pays d'origine, conclue par un contrat entre deux personnes physiques majeures pour organiser leur vie commune ;
- (i) « **Enfants à charge** » : les enfants de l'Assuré du conjoint, du partenaire d'une union civile, qu'ils soient légitimes, naturels, reconnus ou recueillis par l'Assuré, effectivement à sa charge et déclarés au sein de son foyer fiscal de l'Assuré, à conditions qu'ils respectent les considérations d'âges déterminées comme suit :
 - a. les enfants âgés de moins de 18 ans, hors mineurs émancipés ;
 - b. les enfants âgés de 18 ans à moins de 26 ans, à condition qu'ils poursuivent des études secondaires ou supérieures dans leur pays d'origine ou à l'étranger, une activité rémunérée étant acceptée à la condition qu'elle n'excède pas trois (3) mois par an ;
 - c. quel que soit leur âge, les enfants qui ont le statut de personnes handicapées et perçoivent une allocation, (i) soit lorsque leur état nécessite l'aide effective d'une tierce personne pour les actes de la vie quotidienne ou requiert une surveillance régulière, (ii) soit lorsque l'exercice d'une activité professionnelle leur impose des frais supplémentaires, sous réserve, s'agissant d'un enfant âgé d'au moins 26 ans, qu'il ait été allocataire avant son 26^{ème} anniversaire.

En l'absence d'un tel dispositif mis en place dans le pays d'origine ou d'expatriation, les enfants qui fournissent à l'Assureur ou à son Délégué, un document officiel délivré par une autorité compétente attestant de leur handicap ou un rapport médical détaillant l'état du handicap.

Pour être pris en compte dans la situation de famille l'ayant droit du volontaire ne doit pas exercer d'activité salariée et ne percevoir aucune indemnité de Pôle Emploi ou de tout autre régime assimilé, ni être ressortissant du pays dans lequel le volontaire international exerce sa mission. Il doit également accompagner le volontaire dans le pays dans lequel celui-ci exerce sa mission.

2.2.CRITERES D'APPRECIATION

La preuve de la qualité de Bénéficiaire et/ou Enfant à charge se fait dans les modalités fixées à l'Article 7 du présent Chapitre.

La situation d'un Assuré sans enfant à charge vivant lié par une Union Civile, est assimilée à celle d'un Assuré marié, sous réserve de remplir les conditions susvisées et que le partenaire de l'union civile prouve dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant le décès de l'Assuré, qu'il était bien domicilié à la même adresse que l'Assuré antérieurement audit décès.

La situation de famille retenue est celle existant au moment du décès de l'Assuré. Toutefois :

- l'enfant né moins de 300 jours après le décès de l'Assuré est pris en considération ;
- en cas de décès au cours d'un même événement de l'Assuré et d'au moins une des personnes dont l'existence est susceptible d'être prise en compte pour le calcul du capital, sans qu'il soit possible de déterminer l'ordre des décès, l'Assuré est présumé être décédé le premier.

ARTICLE 3.MONTANT DU CAPITAL

Le montant du capital est fixé en pourcentage du Plafond Annuel de la Sécurité sociale française en vigueur à la date du décès :

- Célibataire, veuf, divorcé, séparé judiciairement sans enfant à charge :	150 %
- Marié, lié par une union civile, sans enfant à charge :	200 %
- Majoration par enfant à charge :	50 %

ARTICLE 4.BENEFICIAIRES DU CAPITAL

4.1.DESIGNATION TYPE

En principe, le capital est versé :

- (i) au conjoint non séparé judiciairement ;
- (ii) à défaut, à son partenaire avec lequel il est lié par une union civile ;
- (iii) à défaut, par parts égales entre eux, aux enfants à charge de l'Assuré vivants ou représentés, et aux enfants à charge du conjoint ;
- (iv) à défaut, par parts égales entre eux, au père et à la mère de l'Assuré, ou au survivant d'entre eux ;
- (v) à défaut, aux héritiers de l'Assuré.

Toutefois, la majoration par enfant à charge telle que prévue à l'Article 3 du présent Chapitre est réservée à l'enfant y ayant ouvert droit, sauf lorsque (i) le Bénéficiaire du capital en a la garde ou, (ii) s'agissant d'un enfant majeur, l'a eue jusqu'à sa majorité.

La qualité de conjoint légitime d'un Assuré ne peut être reconnue simultanément à plusieurs individus.

4.2.DESIGNATION PARTICULIERE

Toutefois, l'Assuré conserve à tout moment la faculté de rédiger une désignation particulière transmise à l'Assureur.

La majoration par enfant à charge telle que prévue à l'Article 3 du présent Chapitre est en principe réservée à l'enfant y ayant ouvert droit, à l'exception des seuls cas suivants :

- (i) lorsqu'un seul Bénéficiaire a été désigné et (i) qu'il a la garde effective de l'enfant concerné ou, (ii) s'agissant d'un enfant majeur, qu'il l'a eue jusqu'à la majorité de celui-ci ;
- (ii) lorsque plusieurs Bénéficiaires ont été désignés par l'Assuré et que l'enfant concerné en fait partie.

Le principe de réservation de la majoration par enfant à charge est applicable sauf volonté contraire de l'Assuré clairement exprimée dans la désignation particulière.

En cas de désignation de plusieurs Bénéficiaires au titre de la garantie, et de la survenance du décès de l'un d'entre eux qui est antérieur à celui de l'Assuré, le capital est versé, sous réserve des

dispositions visées ci-dessus relatives à la réservation, aux autres bénéficiaires au prorata de leurs parts respectives.

Nonobstant les dispositions ci-dessus, la désignation particulière n'est pas appliquée, la désignation type s'y substituant, dans les seuls cas listés ci-après :

- (i) prédécès du Bénéficiaire ou de la totalité des Bénéficiaires désignés par l'Assuré ;
- (ii) décès au cours d'un même événement et sans qu'il soit possible de déterminer l'ordre des décès, de l'Assuré et du Bénéficiaire ou de la totalité des Bénéficiaires désignés par l'Assuré ;
- (iii) révocation prévue par le Code Civil français.

Toute désignation particulière rédigée par l'Assuré antérieurement à la date d'effet du présent Contrat cesse de produire ses effets. A défaut de désignation particulière émise par l'Assuré, les dispositions relatives à la désignation type s'appliquent.

Les paiements ne sont pas divisibles, et, s'il y a pluralité des bénéficiaires, les règlements sont effectués sur quittance conjointe des intéressés.

ARTICLE 5. INVALIDITE ABSOLUE ET DEFINITIVE

En cas de reconnaissance de l'invalidité absolue et définitive de l'Assuré par l'Assureur, le capital prévu en cas de décès de l'Assuré peut être versé par anticipation à l'Assuré ou le cas échéant, à son représentant légal s'il ne jouit pas de la capacité juridique.

L'Assuré est reconnu comme atteint d'une invalidité absolue et définitive lorsque, l'Assureur a reçu la preuve que l'Assuré est totalement inapte à la moindre activité ou occupation lui procurant gain ou profit, et ceci de façon irréversible ; il doit notamment être dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

La date de la reconnaissance de l'invalidité absolue et définitive est la date d'envoi du document par lequel l'Assureur accepte de verser par anticipation le capital ; la garantie décès prend fin, par voie de conséquence, à cette même date.

Toute difficulté d'ordre médical est réglée par le recours à expertise médicale ; à défaut d'accord entre le médecin de l'Assuré et celui de l'Assureur, ces deux médecins s'en adjoindront un troisième pour les départager. A défaut d'entente sur le choix de ce médecin, la désignation est faite, à la requête de la Partie la plus diligente, par le Président du Tribunal compétent. Chaque Partie supporte les honoraires de son médecin ainsi que, le cas échéant, la moitié des frais de la contre-expertise.

Il est précisé que la situation de famille retenue pour le calcul du capital est celle existant à la date de reconnaissance par l'Assureur de l'invalidité absolue et définitive de l'Assuré, l'enfant né viable moins de trois-cents (300) jours après ladite date étant pris en compte.

ARTICLE 6.FRAIS D'OBSEQUES

En cas de décès de l'Assuré, une indemnité de frais d'obsèques est versée à la personne qui justifie avoir supporté les frais en cas de décès de l'Assuré ;

Le montant de l'indemnité de frais d'obsèques est fixé à 200% du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale française en vigueur à la date du décès, dans la limite de frais réels.

ARTICLE 7.PIECES A FOURNIR EN CAS DE SINISTRE

7.1.DECES

Doivent être adressées à l'Assureur dans les six (6) mois qui suivent le jour du décès de l'Assuré, toute pièce nécessaire au règlement des prestations listée ci-après ou équivalente eu égard au pays concerné, et selon le cas :

- (i) un extrait d'acte de décès de l'Assuré ;
- (ii) un extrait d'acte de naissance de l'Assuré et un extrait d'acte de naissance du conjoint, partenaire d'union civile ;
- (iii) les pièces justificatives de la qualité d'enfant à charge, selon le cas :
 - a. extrait d'acte de naissance ;
 - b. certificat de scolarité de l'année en cours ;
 - c. en cas de formation en alternance, une copie du contrat de formation en alternance ;
 - d. en cas de conservation d'intérêts financiers en France, une copie de la déclaration fiscale la plus récente ou attestation de l'Administration fiscale, précisant le nombre d'enfants à charge au jour du décès ;
 - e. pour les enfants atteints d'un handicap tel que visé à l'Article 2.1 du présent Chapitre, selon le cas : l'attestation du paiement des allocations pour personnes handicapées ou un document officiel délivré par une autorité compétente attestant de leur handicap ou un rapport médical détaillant l'état du handicap et son caractère sérieux ;
- (iv) les pièces justificatives des droits et de la qualité des Bénéficiaires et notamment, selon le cas :
 - a. un certificat de mariage, une copie de la convention d'union civile, délivré par l'autorité compétente ;
 - b. un certificat d'hérédité, un acte de notoriété ou à défaut un certificat de propriété délivré par le greffe du Tribunal d'Instance et un extrait du jugement de tutelle.
- (v) en cas d'indemnité de frais d'obsèques, le justificatif des frais exposés ;

- (vi) un certificat médical indiquant la cause du décès.

A DEFAUT POUR L'ASSURE ET/OU LE BENEFICIAIRE DE FOURNIR DANS LE DELAI SUSVISE LES PIECES LISTEES CI-DESSUS PERMETTANT DE VERIFIER OU FAIRE VERIFIER QU'IL(S) PEUT/PEUVENT PRETENDRE AUX PRESTATIONS VISEES PAR LA GARANTIE, IL(S) SE TROUVERA/TROUVERONT DECHU(S) DE TOUT DROIT A INDEMNITE.

Dès lors que les pièces listées au paragraphe 1 ont été fournies, l'Assureur se réserve le droit de demander toute autre pièce justificative au moment du sinistre et au cours du règlement des prestations.

7.2.INVALIDITE ABSOLUE ET DEFINITIVE DE L'ASSURE

Doivent être adressées à l'Assureur dans les six (6) mois qui suivent le jour de la reconnaissance de l'invalidité absolue et définitive de l'Assuré, avant son 62^{ème} anniversaire, le cachet de la Poste faisant foi, toutes pièces justificatives, et notamment :

- (i) un extrait d'acte de naissance de l'Assuré
- (ii) le dernier avis d'imposition
- (iii) un certificat médical justifiant l'IAD établi par le médecin traitant et adressé au médecin conseil de l'Assureur, sous enveloppe portant la mention « Secret médical ».

A DEFAUT POUR L'ASSURE ET/OU SON REPRESENTANT LEGAL DE FOURNIR DANS LE DELAI SUSVISE LES PIECES LISTEES CI-DESSUS PERMETTANT DE VERIFIER OU FAIRE VERIFIER QU'IL PEUT PRETENDRE AUX PRESTATIONS VISEES PAR LA GARANTIE, IL SE TROUVERA DECHU DE TOUT DROIT A INDEMNITE.

Dès lors que les pièces listées au paragraphe 1 ont été fournies, l'Assureur se réserve le droit de demander toute autre pièce justificative au moment du sinistre et au cours du règlement des prestations.

Chapitre 3.

DECES ACCIDENTEL

ARTICLE 1.OBJET DE LA GARANTIE

La garantie a pour objet le versement d'un capital supplémentaire à celui prévu à l'Article 3 du Chapitre 2 au titre de la garantie décès de l'Assuré, lorsque le décès de l'Assuré est consécutif à un accident du travail ou accident survenu dans le cadre de la vie privée.

Lorsque l'accident entraîne une perte totale et irréversible d'autonomie, ledit capital peut être versé par anticipation conformément aux dispositions de l'Article 6 du présent Chapitre.

ARTICLE 2.DISPOSITIONS RELATIVES A L'ACCIDENT

Pour ouvrir droit au versement dudit capital supplémentaire, le décès doit au plus tard survenir dans les douze (12) mois à compter de la survenance de l'accident.

ARTICLE 3.MONTANT DU CAPITAL

Le montant du capital supplémentaire est fixé à 100 % du capital prévu à l'Article 3 du Chapitre 2, au titre de la garantie décès.

Le capital supplémentaire est versé, dans les mêmes conditions que celles prévues à l'Article 2 et à l'Article 4 du Chapitre 2 pour la garantie Décès, soit aux Bénéficiaires de l'Assuré décédé, soit à l'Assuré lui-même si l'accident dont il est victime conduit à invalidité absolue et définitive.

ARTICLE 4. SITUATION DE FAMILLE RETENUE

Les dispositions de l'Article 2 du Chapitre 2 sont applicables.

ARTICLE 5. BENEFICIAIRES DU CAPITAL

Les dispositions de l'Article 4 du Chapitre 2 sont applicables.

ARTICLE 6. INVALIDITE ABSOLUE ET DEFINITIVE

En cas de reconnaissance de l'invalidité absolue et définitive de l'Assuré par l'Assureur, le capital prévu en cas de décès de l'Assuré peut être versé par anticipation à l'Assuré ou le cas échéant, à son représentant légal s'il ne jouit pas de la capacité juridique.

L'Assuré est reconnu comme atteint d'une invalidité absolue et définitive lorsque, avant le 62^{ème} anniversaire de l'Assuré, l'Assureur a reçu la preuve que l'Assuré est totalement inapte à la moindre activité ou occupation lui procurant gain ou profit, et ceci de façon irréversible ; il doit notamment être dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

La date de la reconnaissance de l'invalidité absolue et définitive est la date d'envoi du document par lequel l'Assureur accepte de verser par anticipation le capital ; la garantie décès prend fin, par voie de conséquence, à cette même date.

Toute difficulté d'ordre médical est réglée par le recours à expertise médicale ; à défaut d'accord entre le médecin de l'Assuré et celui de l'Assureur, ces deux médecins s'en adjoindront un troisième pour les départager. A défaut d'entente sur le choix de ce médecin, la désignation est faite, à la requête de la partie la plus diligente, par le Président du Tribunal compétent. Chaque partie supporte les honoraires de son médecin ainsi que, le cas échéant, la moitié des frais de la contre-expertise.

Il est précisé que la situation de famille retenue pour le calcul du capital est celle existant à la date de reconnaissance par l'Assureur de l'invalidité absolue et définitive de l'Assuré, l'enfant né viable moins de trois cents (300) jours après ladite date étant pris en compte.

La preuve que l'invalidité absolue et définitive est consécutive à un accident doit être reçue par l'Assureur dans les douze (12) mois qui suivent l'accident.

ARTICLE 7. PIECES A FOURNIR EN CAS DE SINISTRE

7.1. DECES

Outre les pièces listées à l'Article 7 du Chapitre 2 pour la garantie DECES, le/les Bénéficiaire(s) doivent dans les modalités prévues, fournir les justificatifs suivants : le procès-verbal de police ou à défaut, tout document apportant la preuve de la relation de cause à effet entre l'accident et le décès.

A DEFAUT POUR LE/LES BENEFICIAIRES DE FOURNIR DANS LE DELAI SUSVISE LES PIECES LISTEES CI-DESSUS PERMETTANT DE VERIFIER OU FAIRE VERIFIER QU'IL PEUT/PEUVENT PRETENDRE AUX PRESTATIONS VISEES PAR LA GARANTIE, IL(S) SE TROUVERA/TROUVERONT DECHU(S) DE TOUT DROIT A INDEMNITE.

Dès lors que les pièces listées au paragraphe 1 ont été fournies, l'Assureur se réserve le droit de demander toute autre pièce justificative au moment du sinistre et au cours du règlement des prestations.

7.2. INVALIDITE ABSOLUE ET DEFINITIVE

Outre les pièces listées à l'Article 7 du Chapitre 2 pour la garantie DECES, l'Assuré doit dans les modalités prévues, fournir les justificatifs suivants : tout document apportant la preuve de la relation de cause à effet entre l'accident et l'invalidité absolue et définitive

A DEFAUT POUR L'ASSURE DE FOURNIR DANS LE DELAI SUSVISE LES PIECES LISTEES CI-DESSUS PERMETTANT DE VERIFIER OU FAIRE VERIFIER QU'IL PEUT PRETENDRE AUX PRESTATIONS VISEES PAR LA GARANTIE, IL SE TROUVERA DECHU DE TOUT DROIT A INDEMNITE.

Dès lors que les pièces listées au paragraphe 1 ont été fournies, l'Assureur se réserve le droit de demander toute autre pièce justificative au moment du sinistre et au cours du règlement des prestations.

Chapitre 4.

INCAPACITE DE TRAVAIL - INVALIDITE PERMANENTE

SUITE A UN ACCIDENT OU D'UNE MALADIE DANS LE CADRE DE LA VIE PRIVEE

ARTICLE 1.OBJET DE LA GARANTIE

La garantie a pour objet, le service :

- (i) d'une indemnité journalière, en cas d'incapacité temporaire de travail de l'Assuré, telle que visée à l'Article 2 du présent Chapitre ;
- (ii) d'une rente temporaire, en cas d'invalidité permanente de l'Assuré, telle que visée à l'1du présent Chapitre.

LES EVENTUELLES PRESTATIONS SERVIES AU MEME TITRE PAR TOUT REGIME DE PREVOYANCE DONT POURRAIT RELEVER L'ASSURE SONT A DEDUIRE DES PRESTATIONS CI-APRES.

EN AUCUN CAS, DES INDEMNITES QUOTIDIENNES ET UNE RENTE D'INVALIDITE DONT LE TAUX EST SUPERIEUR OU EGAL A 66% NE PEUVENT ÊTRE VERSEES SIMULTANEMENT ;

LE CUMUL DES SOMMES VERSEES PAR L'ASSUREUR ET PAR TOUT AUTRE ORGANISME DE PROTECTION SOCIALE OU DE PREVOYANCE GARANTISSANT UN REVENU DE REMPLACEMENT, ET, LE CAS ECHEANT DE TOUTES CELLES VERSEES EN REMUNERATION D'UN TRAVAIL, NE PEUT EXCEDER :

- (i) en cas d'incapacité temporaire, 100% de l'indemnité de l'Assuré à la veille de son arrêt de travail, hors en cas de régularisation de la rémunération ou d'abattement logement,**
- (ii) en cas d'invalidité permanente, ainsi que dans tous les cas, 80% de l'indemnité de l'Assuré à la veille de son arrêt de travail hors en cas de régularisation de la rémunération ou d'abattement logement.**

Le dépassement éventuel réduit d'autant la prestation de l'Assureur.

En conséquence, de l'indemnité quotidienne ou de la rente d'invalidité à servir, est déduite la prestation due en vertu des dispositions ci-dessus.

ARTICLE 2.INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL

L'Assuré est en incapacité temporaire de travail lorsqu'il est dans l'incapacité totale de travailler à la suite d'une maladie ou d'un accident reconnu par l'Assureur.

L'incapacité de continuer ou de reprendre le travail doit être constatée par un médecin traitant. L'Assureur se réserve le droit de soumettre l'Assuré à l'expertise médicale. Les frais d'expertise sont alors à la charge de l'Assureur.

2.1.MONTANT DE L'INDEMNITE

Le montant de l'indemnité journalière, versé à compter du premier jour qui suit la fin du volontariat, est égal 50% de la 360ème partie du plafond annuel de la Sécurité sociale française en vigueur audit jour.

2.2.CESSATION DE L'INDEMNITE

Le service de l'indemnité journalière se poursuit tant que dure l'incapacité de travail, soit jusqu'à guérison, soit jusqu'à stabilisation de l'état de santé (consolidation en cas d'accident) sans pouvoir excéder les durées maximales d'indemnisation prévues par la Sécurité sociale française.

Le service de l'indemnité journalière cesse en tout état de cause :

- (i) en cas de reprise de travail à temps complet, ou lorsque l'Assureur considère que l'Assuré est en état de reprendre une activité rémunérée à temps complet ;
- (ii) dès que l'Assuré est indemnisé au titre de l'invalidité permanente visée à l' Article 3 du présent Chapitre ;
- (iii) à la date de liquidation de toute pension vieillesse ou assimilée, et au plus tard, au 67^{ème} anniversaire de l'Assuré ;
- (iv) dès le jour où il s'est écoulé une période de six (6) mois pendant laquelle l'Assuré n'a pas produit de pièces justifiant de la continuité de l'arrêt.

2.3.MODALITES DE REGLEMENT

L'indemnité journalière, acquise jour par jour, est payable mensuellement à terme échu.

L'indemnité journalière est versée à l'Assuré.

2.4.REVALORISATION

L'indemnité journalière est revalorisée à compter du premier jour du mois qui suit la date anniversaire de l'arrêt de travail, et en fonction de l'évolution du Plafond Annuel de la Sécurité sociale française.

En cas de résiliation de la garantie ou du Contrat, l'indemnité journalière cesse d'être revalorisée dès la date de résiliation. Son montant sera alors égal à celui atteint à cette date.

ARTICLE 3. INVALIDITE PERMANENTE « AU PREMIER EURO »

Pour ouvrir droit à prestation, l'Assuré doit présenter une invalidité réduisant sa capacité de travail ou de gain. L'état d'invalidité est apprécié par expertise médicale d'un médecin désigné par l'Assureur, en tenant compte de la capacité de travail restante, de l'état général, de l'âge et des facultés physiques et mentales de l'Assuré, ainsi que de ses aptitudes et sa formation professionnelles :

- (i) soit après consolidation de la blessure en cas d'accident ;
- (ii) soit à l'expiration de la période pendant laquelle l'Assuré a bénéficié des indemnités journalières visées à l'Article 2 du présent Chapitre,
- (iii) soit après stabilisation de son état intervenue avant l'expiration du délai susmentionné.

3.1. MONTANT DE LA RENTE AU PREMIER EURO

L'invalidité ouvrant droit au service de la rente temporaire d'invalidité est appréciée en fonction de :

- a) l'incapacité fonctionnelle, physique ou mentale ;
- b) l'incapacité professionnelle.

Les taux d'incapacité fonctionnelle et professionnelle, variant de 0 à 100 %, sont établis par un médecin désigné par l'Assureur ; l'Assuré peut se faire assister de son médecin traitant. En cas de désaccord entre les deux médecins, il est procédé à un arbitrage d'ordre médical.

3.1.1. TAUX D'INCAPACITE FONCTIONNELLE

Il est apprécié en dehors de toute considération professionnelle, uniquement sur la diminution de capacité physique ou mentale consécutive à la maladie ou à l'accident.

3.1.2. TAUX D'INCAPACITE PROFESSIONNELLE

Il est apprécié en fonction du taux et de la nature de l'incapacité fonctionnelle, par rapport à la profession exercée, en tenant compte de la façon dont elle était exercée antérieurement à la maladie ou à l'accident générateur de l'état d'incapacité, des conditions d'exercice normales et des possibilités d'exercice restantes, abstraction faite des possibilités de reclassement dans une profession différente et abstraction faite du montant des ressources de l'intéressé.

3.1.3. TAUX D'INVALIDITE

A partir du taux d'incapacité fonctionnelle et du taux d'incapacité professionnelle, le taux d'invalidité (exprimé en pourcentage) est donné par le tableau suivant :

TAUX D'INCAPACITE PROFESSIONNELLE	TAUX D'INCAPACITE FONCTIONNELLE								
	20	30	40	50	60	70	80	90	100
10				29,24	33,02	36,59	40,00	43,27	46,42
20			31,75	36,94	41,60	46,10	50,40	54,51	58,48
30		30,00	36,34	42,17	47,62	52,78	57,69	62,40	66,94
40	25,20	33,02	40,00	46,42	52,42	58,09	63,50	68,68	73,68
50	27,14	35,57	43,09	50,00	56,46	62,57	68,40	73,99	79,37
60	28,85	37,80	45,79	53,13	60,00	66,49	72,69	78,62	84,34
70	30,37	39,79	48,20	55,93	63,16	70,00	76,52	82,79	88,79
80	31,75	41,60	50,40	58,48	66,04	73,19	80,00	86,54	92,83
90	33,02	43,27	52,42	60,82	68,68	76,12	83,20	90,00	96,55
100	34,20	44,81	54,29	63,00	71,14	78,84	86,18	93,22	100

L'invalidité permanente est dite totale si le taux d'invalidité « n » est égal ou supérieur à 66%.

L'invalidité permanente est dite partielle si le taux d'invalidité « n » est compris entre 33% et 66%.

Il est entendu que le taux d'invalidité est susceptible d'être révisé, soit d'un commun accord, soit par arbitrage.

AUCUNE RENTE N'EST DUE LORSQUE LE TAUX D'INVALIDITE EST INFERIEUR A 33%.

3.1.4. MONTANT DE LA RENTE

Le montant de la rente annuelle est fixé comme suit, en pourcentage du Plafond Annuel de la Sécurité sociale française en vigueur au moment de la reconnaissance de l'invalidité par l'Assureur :

Taux d'Invalidité N	Montant de la rente
$66\% \leq N \leq 100\%$	60 %
$33\% \leq N < 66\%$	$(N-33\%) / 33\% \times 60\%$

3.2.REVISION ET SUPPRESSION DE LA RENTE

À tout moment l'Assureur peut soumettre l'Assuré à expertise médicale. Les frais d'expertise sont à la charge de l'Assureur.

La rente peut être révisée en raison d'une modification de l'état d'invalidité de l'Assuré.

La rente d'invalidité est supprimée lorsque le taux d'invalidité permanente devient inférieur à 33%.

3.3.EFFET ET CESSATION DE LA RENTE

1. La rente débute dès que l'Assureur reconnaît l'état d'invalidité de l'Assuré.
2. La rente prend fin :
 - (i) à la date de liquidation de toute pension vieillesse ou assimilée ou d'une pension pour inaptitude au travail, et au plus tard, au 62^{ème} anniversaire de l'Assuré ;
 - (ii) dès le jour où il s'est écoulé une période de six (6) mois pendant laquelle l'Assuré n'a pas produit de pièces justifiant de la continuité de l'arrêt ;
 - (iii) au dernier jour du trimestre civil précédant le décès de l'Assuré.

3.4.MODALITES DE REGLEMENT

La rente annuelle est payable par quart, à la fin de chaque trimestre civil à terme échu, pendant toute la durée de l'invalidité.

Pendant toute la durée du contrat de mission liant l'Assuré au Souscripteur, la rente est versée au Souscripteur. Après rupture du contrat de mission, elle est versée à l'Assuré.

3.5.REVALORISATION

Le montant de la rente est revalorisé en fonction de l'évolution du Plafond Annuel de la Sécurité sociale française.

En cas de résiliation de la garantie ou du contrat, la rente cesse d'être revalorisée dès la date de résiliation. Elle continue d'être servie pour le montant atteint à la date de la résiliation, sous réserve des dispositions relatives à sa limitation telles que prévues ci-dessus, et sans préjuger, s'agissant d'un même fait générateur, d'une éventuelle modification de classement dans les catégories d'invalides.

ARTICLE 4. PIÈCES À FOURNIR EN CAS DE SINISTRE

Doivent être adressées à l'Assureur, au plus tard dans les deux (2) mois qui suivent le jour de l'arrêt de travail de l'Assuré, toute pièce nécessaire au règlement des prestations listée ci-après ou équivalente eu égard au pays concerné, et notamment :

- a) au plus tard quinze (15) jours (i) avant la fin d'expiration de la franchise ou, à défaut, (ii) trente (30) jours à compter de la survenance du Sinistre : l'avis d'interruption de travail sur formulaire prévu à cet effet et dûment complété par le Souscripteur ;
- b) dès l'expiration du délai de la franchise, ou à défaut, au plus tard quinze (15) jours à compter de la survenance du Sinistre : un certificat médical initial sur formulaire prévu à cet effet, dûment complété par l'Assuré et le médecin, accompagné des certificats médicaux établis depuis la date de l'arrêt de travail ;
- c) dans les trente (30) jours à compter de l'établissement des certificats médicaux susvisés : les certificats médicaux de prolongation d'arrêt de travail ;
- d) en cas de préjudice corporel de l'Assuré impliquant une tierce personne dont la responsabilité est engagée : les coordonnées de cette dernière ainsi que celles de son Assureur ;
- e) les attestations de salaire de la période retenue pour la base des prestations ;
- f) s'agissant d'un Assuré reprenant le travail mais toujours en état d'invalidité, notamment le cas d'un Assuré classé en 1^{ère} catégorie d'invalidité : les attestations de salaire ;
- g) s'agissant d'un Assuré classé en 1^{ère} catégorie d'invalides et ne travaillant pas : une déclaration sur l'honneur de non-activité professionnelle ;

L'arrêt de travail sera considéré comme s'étant produit au jour de la déclaration si celle-ci intervient après le délai de deux (2) mois.

Doivent être signalés dans les meilleurs délais :

- A. toute reprise du travail ;
- B. toute rupture du contrat de mission.

SAUF CAS DE FORCE MAJEURE, À DÉFAUT POUR L'ASSURÉ DE DÉCLARER DANS LES SIX (6) MOIS QUI SUIVENT L'ARRÊT DE TRAVAIL ET DE FOURNIR DANS LE MÊME DÉLAI LES PIÈCES LISTÉES CI-DESSUS PERMETTANT DE VÉRIFIER OU FAIRE VÉRIFIER QU'IL PEUT PRÉTENDRE

AUX PRESTATIONS VISEES PAR LA GARANTIE, IL SE TROUVERA DECHU DE TOUT DROIT A INDEMNITE.

Dès lors que les pièces listées au paragraphe 1 ont été fournies, l'Assureur se réserve le droit de demander toute autre pièce justificative au moment du Sinistre et au cours du règlement des prestations.

ARTICLE 5.CONTROLE MEDICAL

À tout moment durant un arrêt de travail pour incapacité temporaire ou invalidité permanente, l'Assureur peut mettre en œuvre un contrôle médical afin de constater la réalité de l'état d'incapacité ou d'invalidité de l'Assuré.

Le service des prestations est subordonné, sous peine de suspension des paiements, à l'obligation pour l'Assuré de se soumettre aux contrôles demandés par l'Assureur. L'Assuré doit en particulier fournir toutes les pièces justificatives et se prêter à toute expertise médicale que le médecin désigné par l'Assureur juge utile pour apprécier son état.

Les décisions de l'Assureur relatives au refus d'ouverture, à la réduction ou à la cessation des prestations, prises en fonction des conclusions du médecin qu'il a désigné, sont notifiées à l'Assuré par lettre recommandée.

En cas de contestation par l'Assuré des conclusions du médecin désigné par l'Assureur, il est procédé à une expertise effectuée par le médecin choisi d'un commun accord par l'Assureur et l'Assuré, à partir de la liste de médecins experts proposés par l'Assureur. Faute d'entente sur son choix, la désignation est faite par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'Assuré.

Dans ce cas, les conclusions de cette dernière expertise sont opposables à l'Assureur et à l'Assuré.

L'Assureur et l'Assuré supportent chacun la moitié des frais relatifs à la nomination et à l'intervention du médecin expert.

Tant que cette dernière expertise n'a pas été menée à son terme, les parties s'interdisent d'avoir recours à la voie judiciaire pour le règlement des prestations.

Chapitre 5.

**GARANTIE ARRÊT DE TRAVAIL EN CAS
D'ACCIDENT DU TRAVAIL ET DE MALADIE PROFESSIONNELLE**

ARTICLE 1.OBJET DE LA GARANTIE

La garantie a pour objet, en cas d'Accident du Travail ou d'une Maladie Professionnelle reconnu par l'Assureur, le versement :

- d'une indemnité journalière en cas d'incapacité temporaire de travail au sens des Articles L. 433-1 et L. 433-2 du Code de la Sécurité Sociale française ;
- d'une rente viagère en cas d'incapacité permanente au sens des Articles L. 433-1 et L. 433-2 du Code de la Sécurité Sociale française ;
- de rentes au profit des ayants droit, en cas de décès de l'Assuré, au sens des Articles L 434-8, 10 et 13 du Code de la Sécurité Sociale française ;

LES GARANTIES ASSUREES AU TITRE DU PRESENT CHAPITRE, NE SAURAIENT ETRE INFERIEURES A CELLES QUI AURAIENT ETE ACCORDEES PAR LE REGIME GENERAL DE LA SECURITE SOCIALE FRANÇAISE A L'ASSURE HORS DISPOSITIONS DE CESSATION DE GARANTIE PREVUES A L'ARTICLE 2.2 ET 3.5 DU PRESENT CHAPITRE.

IL EST PRECISE QUE LES PRESTATIONS EN NATURE (FRAIS DE SANTE) SONT EXCLUES DE LA PRESENTE COUVERTURE.

LES CONSEQUENCES D'EVENEMENTS QUI AURAIENT ETE EXCLUS PAR LA SECURITE SOCIALE FRANCAISE NE SONT PAS GARANTIES.

EN CAS DE RESILIATION DU PRESENT CONTRAT OU DE LA PRESENTE GARANTIE, LE DELAI DE PRISE EN CHARGE EST FIXE DANS TOUS LES CAS A DEUX ANS A COMPTER DE LADITE DATE DE RESILIATION.

ARTICLE 2.INCAPACITE TEMPORAIRE

2.1.MONTANT DE L'INDEMNITE JOURNALIERE

Lorsque l'état d'incapacité temporaire de travail de l'Assuré consécutive à un accident du travail ou à une maladie professionnelle reconnu par l'Assureur, et sous réserve de l'arrêt de travail soit total et d'une durée continue d'au moins trois jours, celui-ci verse une indemnité journalière, rétroactivement à partir du 1^{er} jour qui suit l'arrêt de travail.

Le montant de l'indemnité journalière est fixé comme suit, en pourcentage de la 360^{ème} partie du Plafond Annuel de la Sécurité sociale française, sans pouvoir excéder le montant du gain journalier net perçu par le volontaire avant l'arrêt de travail :

- 60% jusqu'au 28^{ème} jour d'arrêt de travail,
- 80% à compter du 29^{ème} jour d'arrêt de travail.

Les indemnités quotidiennes sont réduites de moitié en cas de reprise à mi-temps d'une activité rémunérée ou lorsque l'Assuré est en état de reprendre à mi-temps une activité rémunérée.

En cas de reprise du travail suivie avant deux mois d'un nouvel arrêt pour la même cause et reconnu comme tel par l'Assureur, le service des prestations peut reprendre sur les mêmes bases si le présent contrat est toujours en vigueur.

Toute rechute survenue après la date de résiliation du présent Contrat ne sera pas prise en compte.

2.2.MODALITES DE REGLEMENT

L'indemnité journalière, acquise jour par jour, est payable mensuellement à terme échu.

Pendant toute la durée du contrat de mission liant l'Assuré au Souscripteur, l'indemnité journalière est versée au Souscripteur. Après rupture du contrat de mission, l'indemnité est versée à l'Assuré.

L'indemnité est servie tant que dure l'incapacité temporaire de travail jusqu'à la guérison complète, jusqu'à stabilisation de l'état de santé, consolidation en cas d'accident.

Elle cesse en tout état de cause :

- (i) en cas de reprise de travail à temps complet, ou lorsque l'Assuré est en état de reprendre une activité rémunérée à temps complet selon la constatation du médecin de l'Assureur
- (ii) au 731^{ème} jour suivant la date de cessation du travail, la rente d'invalidité pouvant être ensuite attribuée à l'Assuré suivant les dispositions du présent contrat ;
- (iii) à la date de liquidation de toute pension vieillesse ou assimilée ou d'une pension pour inaptitude au travail, et au plus tard, au 62^{ème} anniversaire de l'Assuré ;
- (iv) au dernier jour du trimestre civil précédant le décès de l'Assuré.

2.3.REVALORISATION

Les prestations servies périodiquement sont revalorisées en fonction de l'évolution du Plafond Annuel de la Sécurité sociale française.

En cas de résiliation de la garantie ou du Contrat, l'indemnité journalière cesse d'être revalorisée dès la date de résiliation. Son montant sera alors égal à celui atteint à cette date.

ARTICLE 3. INCAPACITE PERMANENTE

3.1. MONTANT DE LA RENTE

Lorsque l'Assuré est atteint d'une incapacité permanente totale ou partielle due à un à un accident du travail ou à une maladie professionnelle reconnu par l'Assureur, celui-ci verse une rente.

Le montant de l'indemnité en capital ou de la rente d'incapacité permanente, versée à compter de la date de consolidation, est fixé en fonction du taux d'incapacité permanente déterminé par l'Assureur.

Toute rechute, survenue après la date de résiliation du contrat, ne sera pas prise en considération.

3.2. TAUX D'INCAPACITE PERMANENTE

3.2.1. DETERMINATION DU TAUX D'INCAPACITE PERMANENTE :

Le taux d'incapacité permanente est déterminé d'après la nature de l'infirmité, l'état général, les facultés physiques et mentales, les aptitudes et les qualifications professionnelles de la victime, compte tenu du barème « accidents du travail » de la Sécurité Sociale française.

3.2.2. TAUX D'INCAPACITE PERMANENTE INFERIEUR A 10% :

En cas de taux d'invalidité inférieur à 10%, le montant du capital est celui prévu à l'Article L 434-1 du Code de la Sécurité Sociale. Le paiement du capital met fin à tout droit au titre de l'incapacité permanente.

3.2.3. TAUX D'INCAPACITE PERMANENTE EGAL OU SUPERIEUR A 10% :

En cas de taux d'incapacité permanente égal ou supérieur à 10%, le montant de la rente est égal au produit de la base des prestations par le taux d'incapacité permanente préalablement réduit de moitié pour la partie de ce taux qui ne dépasse pas 50% et augmenté de la moitié qui excède 50%.

Lorsque l'incapacité permanente oblige l'Assuré à avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie, la rente obtenue en application des dispositions ci-dessus est majorée de 40% de son montant, cette majoration ne pouvant être inférieur au minimum fixé par la législation française en matière d'accidents de travail et maladies professionnelles.

3.3.MODALITES DE REGLEMENT

3.3.1. TAUX D'INCAPACITE PERMANENTE INFERIEUR A 10% :

L'indemnité en capital est versée à l'Assuré en une seule fois, après expiration du délai de recours de deux mois.

3.3.2. TAUX D'INCAPACITE PERMANENTE EGAL OU SUPERIEUR A 10% :

La rente d'incapacité permanente est payable trimestriellement à terme échu.

3.4.REVALORISATION

Le montant de la rente est revalorisé en fonction de l'évolution du Plafond Annuel de la Sécurité sociale française.

En cas de résiliation de la garantie ou du contrat, la rente cesse d'être revalorisée dès la date de résiliation. Elle continue d'être servie pour le montant atteint à la date de la résiliation, sous réserve des dispositions relatives à sa limitation telles que prévues ci-dessus, et sans préjuger, s'agissant d'un même fait générateur, d'une éventuelle modification de classement dans les catégories d'invalides.

3.5.EFFET ET CESSATION DE LA RENTE

La rente débute dès que l'Assureur reconnaît l'état d'invalidité de l'Assuré.

La rente prend fin :

- (iv) à la date de liquidation de toute pension vieillesse ou assimilée ou d'une pension pour inaptitude au travail, et au plus tard, au 62^{ème} anniversaire de l'Assuré ;
- (v) dès le jour où il s'est écoulé une période de six (6) mois pendant laquelle l'Assuré n'a pas produit de pièces justifiant de la continuité de l'arrêt ;
- (vi) au dernier jour du trimestre civil précédant le décès de l'Assuré.

ARTICLE 4. RENTE D'AYANTS DROIT

En cas de décès d'un assuré consécutif à un accident de travail ou à une maladie professionnelle reconnu par l'Assureur, la garantie a pour objet le versement de rente d'ayants droit.

4.1. RENTE VIAGIERE DE CONJOINT

4.1.1.CONDITIONS D'OUVERTURE DES DROITS

Le mariage doit avoir été contracté :

- (i) Soit antérieurement à l'Accident du travail ou à la date de la première constatation de la maladie professionnelle ;

- (ii) Soit au moins deux (2) ans avant le décès de l'Assuré.

Les deux conditions susvisées ne sont pas exigées si un ou plusieurs enfants sont issus du mariage.

Aucune rente n'est due à un conjoint condamné pour abandon de famille ou déchu totalement de l'exercice de l'autorité parentale, sauf s'il est réintégré dans ses droits ou restitué dans son autorité. Les droits du conjoint déchu sont transférés aux enfants et descendants.

4.1.2. MONTANT

Le montant de la rente viagère immédiate est fixé comme suit, en pourcentage du Plafond Annuel de la Sécurité sociale française et selon la situation du conjoint suivant :

- (i) Conjoint non divorcé, ni séparé judiciairement : 30% ;
- (ii) Ex-conjoint divorcé ou séparé judiciairement et ayant obtenu une pension alimentaire :
 - a. 20%, sans pouvoir excéder le montant de la pension alimentaire ;
 - b. si l'Assuré s'est remarié, la rente est répartie entre les conjoints, la fraction revenant au dernier conjoint ne pouvant toutefois pas être inférieure à 15%.
- (iii) Lorsque le conjoint est âgé de plus de 55 ans ou est atteint d'une incapacité de travail d'au moins 50% et d'une durée supérieure ou égale à trois (3) ans, le taux de rente est porté à 50%.

Pour l'appréciation de l'incapacité de travail générale d'au moins 50%, est considéré comme remplissant les conditions requises, le conjoint survivant âgé de moins de 55 ans, hors d'état de se procurer dans une profession quelconque, un gain supérieur à la moitié du salaire minimum interprofessionnel de croissance.

4.1.3. MODALITES DE REGLEMENT

La rente est payable trimestriellement à terme échu. En cas de décès du conjoint, la rente n'est due que jusqu'au dernier jour du trimestre civil précédant le décès.

En cas de remariage du conjoint, la rente est supprimée et remplacée par un capital dont le montant est égal à trois (3) fois le montant annuel de la rente. Toutefois, elle est maintenue tant que l'un des enfants perçoit une rente d'orphelin (jusqu'à son 16^{ème} anniversaire).

En cas de séparation de corps, de divorce ou de nouveau veuvage, consécutif au remariage, la rente est rétablie au conjoint survivant sous les réserves suivantes :

- (i) si le rétablissement intervient dans les trois (3) ans suivant le remariage, la rente est diminuée, pour la partie des trois (3) ans restant à courir, de la somme déjà attribuée,
- (ii) si en raison du nouveau veuvage, le conjoint perçoit une rente, pension ou allocation, la rente est diminuée de cet avantage.

4.2. RENTE TEMPORAIRE D'ORPHELIN

1. MONTANT

La rente temporaire immédiate versée au profit des enfants à charge au sens de l'Article L434-10 du Code de la Sécurité Sociale est fixée comme suit en pourcentage du Plafond Annuel de la Sécurité sociale française :

- (i) 15% par enfant, pour les 2 premiers,
- (ii) 10% par enfant à partir du troisième.

Lorsque les enfants à charge sont orphelins de père et de mère, le taux de la rente est porté à 20% du Plafond Annuel de la Sécurité sociale française, pour chacun d'eux.

Les rentes allouées sont collectives et réduites au fur et à mesure que chaque enfant atteint la limite d'âge qui leur est applicable.

S'il existe des enfants de plusieurs lits, chaque catégorie doit être traitée distinctement.

2. MODALITES DE REGLEMENT

La rente est payable trimestriellement à terme échu, jusqu'au trimestre précédent le :

- (i) 16^{ème} anniversaire de l'enfant ;
- (ii) 17^{ème} anniversaire de l'enfant en cas de recherche d'un premier emploi, s'il est inscrit à pôle emploi ;
- (iii) 18^{ème} anniversaire de l'enfant, s'il est placé en apprentissage ;
- (iv) 20^{ème} anniversaire de l'enfant, s'il poursuit des études ou si, par suite d'infirmité ou de maladie chronique, il se trouve dans l'impossibilité permanente de se livrer à une activité salariée.

Les arrérages au profit des enfants sont versés au représentant légal de l'enfant ou à l'enfant lui-même s'il jouit de la capacité juridique.

En cas de décès, la rente n'est due que jusqu'au dernier jour du trimestre civil précédant le décès.

4.3. RENTE VIAGERE D'ASCENDANT

4.3.1. CONDITIONS D'OUVERTURE DES DROITS

L'ascendant doit apporter la preuve :

- (i) qu'il aurait pu obtenir du volontaire une pension alimentaire, en l'absence de conjoint ou d'enfant,
- (ii) qu'il était à la charge de l'assuré au sens de l'article L.313-3 du code de la Sécurité sociale française, en présence de conjoint ou d'enfant.

Tout ascendant reconnu coupable d'abandon de famille ou déchu de l'autorité parentale n'a pas droit à la rente.

4.3.2. MONTANT

La rente viagère immédiate versée au profit de chaque ascendant est fixée à 10% du plafond annuel de la Sécurité Sociale française, le cumul des rentes versées ne pouvant excéder 30 % du plafond annuel de la Sécurité Sociale française.

En cas de dépassement, les rentes sont réduites à due concurrence.

4.4. DISPOSITIONS COMMUNES

1. CUMUL DES RENTES

En aucun cas le cumul des rentes allouées au titre de l'Article 4 ne peut excéder 85 % du Plafond Annuel de la Sécurité sociale française.

Si le total des rentes excède ce plafond, il est procédé à la réduction proportionnelle du taux des rentes attribuées à chacun des ayants droit.

Une nouvelle répartition est effectuée à chaque fois que le nombre des bénéficiaires est modifié, et ce, jusqu'à ce que chacun des bénéficiaires perçoive la rente totale à laquelle il a droit.

2. REVALORISATION DES PRESTATIONS

Les prestations sont revalorisées en fonction de l'évolution du plafond annuel de la Sécurité Sociale française.

En cas de résiliation de la garantie ou du contrat, la rente cesse d'être revalorisée dès la date de résiliation. Elle continue d'être servie pour le montant atteint à la date de la résiliation, sous réserve des dispositions relatives à sa limitation telles que prévues ci-dessus, et sans préjuger, s'agissant d'un même fait générateur, d'une éventuelle modification de classement dans les catégories d'invalides.

ARTICLE 5. DELAI DE DECLARATION

L'arrêt de travail doit être porté à la connaissance de l'Assureur dès la réalisation du sinistre et au plus tard dans les cinq (5) jours qui suivent l'arrêt de travail.

A défaut, l'arrêt de travail est considéré comme s'étant produit au jour de la déclaration si celle-ci intervient après ce délai mais avant le sixième (6^{ème}) mois.

SAUF CAS DE FORCE MAJEURE, LES MALADIES ET ACCIDENTS NON DECLARES DANS LES SIX (6) MOIS QUI SUIVENT L'ARRÊT DE TRAVAIL SERONT EXCLUS DE LA GARANTIE ET A CE TITRE NON INDEMNISES.

ARTICLE 6. PIÈCES À FOURNIR EN CAS DE SINISTRE

La déclaration de l'entreprise doit être adressée à l'Assureur, au plus tard dans les cinq (5) jours qui suivent le jour de l'arrêt de travail de l'Assuré.

Les pièces justificatives suivantes, en fonction de l'origine de l'arrêt de travail (accident du travail ou maladie professionnelle), doivent être adressées à l'Assureur dans les meilleurs délais et au plus tard dans un délai de deux (2) mois suivant l'arrêt de travail :

- CONSTAT et/ou PROCES VERBAL EFFECTUE PAR LES AUTORITES LOCALES OU SERVICES HABILITES (secours, force de l'ordre, hôpitaux...) EN CAS D'INTERVENTION SUITE ACCIDENT
- CERTIFICAT MEDICAL EN CAS DE MALADIE PROFESSIONNELLE

Et toutes autres pièces justificatives caractérisant l'arrêt de travail.

L'ASSUREUR PEUT À TOUT MOMENT DEMANDER DES PIÈCES JUSTIFICATIVES COMPLÉMENTAIRES (TELLE QU'UNE ATTESTATION SUR L'HONNEUR D'UN TIERS TEMOIN PRÉCISANT LES CIRCONSTANCES DE L'ACCIDENT) ET VÉRIFIER OU FAIRE VÉRIFIER QUE L'ASSURÉ PEUT PRÉTENDRE AUX PRESTATIONS DEMANDÉES : À DÉFAUT POUR L'ASSURÉ DE RÉPONDRE À LA DEMANDE DE L'ASSUREUR, IL PEUT ÊTRE DECHU DE TOUT DROIT À INDEMNITÉ.

L'Assuré fournira les pièces justificatives nécessaires au Souscripteur qui les transmettra à l'Assureur.

ARTICLE 7. CONTRÔLE MÉDICAL

Dans tous les cas et à tout moment, même après la résiliation du contrat ou de la garantie, l'Assureur se réserve le droit de faire visiter l'Assuré et éventuellement de l'enjoindre à réaliser une expertise médicale ; les frais de contrôle médical sont à la charge de l'Assureur.

ARTICLE 8. SUBROGATION

Les prestations ayant un caractère indemnitaire pour l'Assuré et étant versées en réparation du dommage qui lui est causé du fait de la perte de salaire, il pourra être fait application, le cas échéant, des dispositions de l'Article L. 121-12 du Code des assurances : L'Assureur est subrogé, à concurrence des sommes par lui versées, dans les droits et actions de l'Assuré contre tout tiers responsable.

Chapitre 6.

MAINTIEN DES GARANTIES AU NIVEAU ATTEINT
AU VOLONTAIRE EN ETAT D'INCAPACITE TEMPORAIRE
DE TRAVAIL OU D'INVALIDITE PERMANENTE
Y COMPRIS APRES RESILIATION DU CONTRAT

Par dérogation à l'Article 4.2 du chapitre 1, tout volontaire en état d'incapacité temporaire de travail ou d'invalidité permanente et bénéficiant à ce titre du versement de prestations garanties par le présent contrat, bénéficie du présent maintien dans les conditions suivantes.

ARTICLE 1.CONDITIONS DU MAINTIEN

Les garanties en cas de décès (y compris le paiement anticipé du capital en cas d'Invalidité Absolue et définitive) sont maintenues, conformément aux dispositions ci-après, à tout Volontaire, en fin de période de mission, en état d'incapacité temporaire de travail ou d'invalidité permanente suite à une maladie ou à un accident de la vie privée ou un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, à partir du délai de franchise précisé pour le versement des indemnités journalières de la vie privée.

Pour être reconnues comme telles, l'incapacité ou l'invalidité doivent être de nature à ouvrir droit aux indemnités quotidiennes ou à la rente d'invalidité prévues ci-avant, que le Souscripteur ait ou non souscrit à ces garanties au titre du présent contrat.

Les garanties maintenues sont celles en vigueur la veille du premier jour d'arrêt de travail de l'Assuré.

Lorsque ce dernier cesse de relever des effectifs de la catégorie assurée, ces garanties subsistent ; toutefois, dans ce dernier cas, le montant des prestations correspondantes est réduit de 50% dans le cas où :

- (i) l'Assuré perçoit de l'Assureur des indemnités journalières réduites ;
- (ii) ou perçoit une rente d'invalidité dont le taux « n » d'invalidité est compris entre 33% et 66% ;
- (iii) ou si l'Assureur établit que l'Assuré peut reprendre une activité professionnelle à mi-temps.

Par ailleurs, le traitement servant de base au calcul des prestations garanties est déterminé compte tenu du niveau des revalorisations atteint à la date de résiliation, aucune revalorisation complémentaire n'étant attribuée postérieurement à cette dernière date.

ARTICLE 2.CESSATION

Outre les cas prévus par chacune d'elles, les garanties maintenues cessent dans les cas suivants :

- (i) dès que l'incapacité ou l'invalidité de l'Assuré n'est plus de nature à ouvrir droit aux indemnités quotidiennes ou à la rente d'invalidité que le Souscripteur ait ou non souscrit ces garanties au titre du présent contrat, ou
- (ii) à la date de liquidation de toute pension vieillesse ou assimilée ou d'une pension pour inaptitude au travail, ou
- (iii) au jour du 67^{ème} anniversaire de l'Assuré ;
- (iv) dès le jour où il s'est écoulé une période de six (6) mois pendant laquelle l'Assuré n'a pas produit de pièces justifiant de la continuité de l'arrêt ;

RESPONSABILITÉ CIVILE VIE PRIVÉE

Notice d'information

En qualité de volontaire international géré par BUSINESS FRANCE, vous bénéficiez d'une couverture d'assurance responsabilité civile.

Le contrat d'assurance No 10910046504 a été souscrit par BUSINESS France, auprès de la société d'assurance :

AXA France IARD

Société Anonyme au capital de 214 799 030 €

Immatriculée au R.C.S. de Nanterre, sous le numéro 722 057 460

Régie par le Code des assurances dont le siège social est situé à cette adresse :

313, Terrasses de l'Arche

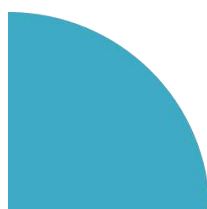
92727 NANTERRE Cedex – France

Autorité chargée du contrôle d'AXA France IARD :

Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (A.C.P.R.)

61 rue Taitbout 75 009 Paris

Les modalités de mise en œuvre des garanties et le détail des prestations auxquelles vous avez droit à effet du 1^{er} Janvier 2022 sont définis dans la présente notice d'information.





Notice d'information du contrat Responsabilité Civile n°10910046504

Cette notice d'information est établie conformément à l'article L141-4 du code des assurances. Elle décrit les garanties, les exclusions et les obligations du Souscripteur au titre du Contrat d'assurance de groupe à adhésion obligatoire souscrit par ses soins, tant pour son compte que pour celui des Assurés désignés ci-dessous auprès d'AXA France IARD (SA au capital de 214 799 030 € - RCS Nanterre : 722 057 460 - Siège social : 313, Terrasses de l'Arche 92727 NANTERRE CEDEX). Il est régi par le droit français et notamment le Code des Assurances.

Le courtier d'assurance intermédiaire à la souscription et à la gestion du Contrat d'assurance ci-dessus référencé est :
FILHET-ALLARD et CIE – rue Cervantès – 33735 BORDEAUX CEDEX - Tél. : 05 56 34 65 00 - N° ORIAS : 07000514

1 – DEFINITIONS :

Pour l'application du présent contrat, il faut entendre par :

1.1 Souscripteur : **BUSINESS France**
77 boulevard Saint Jacques
75 998 PARIS CEDEX 14

1.2. Assureur : **AXA France IARD**
313 Terrasses de l'Arche
92 727 NANTERRE

1.3. Assurés :

Au titre des garanties définies ci-après :

Les volontaires internationaux V.I.E. affectés à l'étranger par **le Ministère de l'Europe, le Ministère des Affaires étrangères, le Ministère de la Cohésion des Territoires et des Relations avec les collectivités territoriales et le Ministère de l'Economie et des Finances** et des ayants droits qui les accompagnent dans leur pays d'affectation (toutes personne visée par le code de la Sécurité Sociale)

Par volontaire, on entend :

Toute personne accomplissant le volontariat prévu aux articles L122-1 à L122-20 du Code du Service National et faisant l'objet en cette qualité d'une décision d'affectation de l'administration.

Par ayant droit on entend :

Le conjoint du volontaire (époux ou épouse, partenaire de PACS, concubin notoire) et ses enfants, sous condition de rejoindre le V.I.E. dans son pays de mission dans les 6 mois ou dès lors que le V.I.E. peut attester d'un changement de situation familiale en cours de mission.

Une seule personne sera prise en charge à ces titres en tant que bénéficiaire.

Dans tous les cas la demande doit être expresse par la présentation d'un bulletin d'adhésion « ayants droit », rempli et signé dans un délai maximum de trente jours.

Par ailleurs :

- Les enfants doivent être fiscalement à charge du V.I.E. ou de sons conjoint affilié
- Le conjoint ne perçoit aucun revenu professionnel, aucune indemnité de pôle Emploi.

Dans tous les cas où une demande d'affiliation d'un ayant droit n'aurait pas pu être dans un délai de 6 mois après le départ en mission pour des motifs légitimes, une demande pourra être étudiée sous condition expresse de validation par l'assureur.

Dans tous les cas où le délai de trente jours aura expiré, la couverture des frais médicaux et chirurgicaux comportera un délai d'attente de soixante jours sauf soins et hospitalisation d'urgence.

1.4. Année d'assurance :

La période comprise entre :

- deux échéances annuelles de cotisation ;
- la date d'effet du contrat et la première échéance annuelle de cotisation ;
- la dernière échéance annuelle de cotisation et la date d'expiration ou de résiliation du contrat.

1.5. Biens confiés/ Biens remis :

La garantie du contrat est étendue aux conséquences pécuniaires de la responsabilité civile que l'assuré peut encourir en raison des dommages matériels – ainsi que les dommages immatériels qui en sont la conséquence - subis par les biens confiés ou biens remis à l'assuré dans le cadre de son volontariat **à l'exclusion des dommages causés à un véhicule terrestre à moteur.**

1.6. Dommage corporel :

Toute atteinte à l'intégrité physique ou psychique subie par une personne physique.

1.7. Dommage matériel :

La détérioration, destruction ou disparition d'une chose ou substance, toute atteinte physique à des animaux.

1.8. Dommage immatériel :

Tout préjudice pécuniaire consécutif à un dommage corporel ou matériel garanti.

1.9 Fait dommageable :

Fait, acte ou évènement à l'origine des dommages subis par la victime.

1.10. Franchise :

La part d'indemnité restant dans tous les cas à la charge de l'assuré et au-delà de laquelle s'exerce la garantie de l'assureur.

Franchise relative : lorsque l'indemnité est :

- inférieure ou égal au montant de la franchise, aucune indemnité n'est versée,
- supérieure au montant de la franchise, l'indemnité est versée intégralement.

1.11. Réclamation :

Toute demande en réparation amiable ou contentieuse formée par la victime d'un dommage ou ses ayants droit et adressée à l'assuré.

1.12. Sinistre :

Tout dommage ou ensemble de dommages causés à des tiers engageant la responsabilité de l'assuré, résultant d'un fait dommageable et ayant donné lieu à une ou plusieurs réclamations

1.13. Tiers :

Pour l'application du présent contrat :

- Les Volontaires Internationaux sont considérés comme tiers entre eux,
- Les Volontaires Internationaux et leur ayants droits sont considérés comme tiers entre eux exclusivement pour les dommages corporels,
- Les membres d'une même famille ne sont pas considérés comme tiers entre eux.

2 – OBJET DE L'ASSURANCE :

L'assureur garantit, à concurrence du montant précisé à l'article 11.2 et sous réserve des exclusions prévues à l'article 11.3, les conséquences pécuniaires de la responsabilité civile de l'assuré pouvant lui incomber au cours de son déplacement ou séjour en raison des dommages corporels, matériels et/ou immatériels consécutifs causés à des tiers et provenant :

- de son propre fait, de sa négligence ou de son imprudence, en qualité de simple particulier, notamment à l'occasion de la pratique, à titre récréatif, de tous sports non exclus, même au cours de compétitions, pourvu qu'elles soient réservées à des amateurs et qu'elles ne comportent pas l'usage d'un véhicule quelconque à moteur,
- du fait de ses enfants mineurs et de ceux dont il aurait la garde à titre gratuit,
- du fait de tous animaux domestiques lui appartenant ou dont il aurait la garde à titre gratuit,
- du fait des choses lui appartenant ou dont il aura la garde à titre gratuit,
- de l'intoxication ou de l'empoisonnement causés par les boissons et aliments servis à la table de l'assuré.
- de la responsabilité encourue lors de la participation à des stages d'entreprise à l'égard des maîtres de stage pour les seuls dommages occasionnés au matériel utilisé à l'occasion du stage ;
- de la location d'un appartement ;
- en cas de dommages causés aux appartements voisins de l'assuré;

- en cas de dommages corporels ou matériels causés aux invités de l'assuré ;

Au-delà des 90 premiers jours de séjour, et pour les seuls dommages corporels, matériels et/ou immatériels consécutifs causés à des tiers et provenant de la location d'un appartement et/ou en cas de dommages causés aux appartements voisins de l'assuré, la garantie :

- ne se substitue en aucun cas à une assurance habitation et ne vous dispense pas des obligations d'assurances locales ;
- vient en complément, après épuisement de toute autre assurance souscrite par ailleurs.

En cas de mise en cause de la responsabilité de l'assuré relevant des garanties visées ci-dessus, l'assureur assume la défense de l'assuré en ce qui concerne les intérêts civils. La prise de direction de la défense de l'assuré ne vaut pas renonciation à recours pour l'assureur à se prévaloir de toute exception de garantie dont il n'a pas connaissance au moment de cette prise de direction.

Il est précisé que le trajet aller/retour entre le domicile et le lieu de travail est couvert.

3 - EXCLUSIONS :

Outre les exclusions figurant au chapitre 2 Exclusions Générales des conditions générales, sont exclus :

- **Les dommages relevant de l'assurance construction obligatoire (loi du 04/01/1978) ;**
- **Les dommages causés ou subis par des engins ou véhicules flottants, ferroviaires ou aériens, des véhicules terrestres à moteur dont l'assuré a la propriété, la conduite, l'usage ou la garde ;**
- **Les dommages résultant de la pratique de sports à titre professionnel ;**

4 - DEFENSE ET RECOURS :

4.1. Objet de la garantie

Cette garantie a pour objet d'exercer toutes interventions amiables ou toutes actions judiciaires en vue :

- de défendre l'assuré et de régler les frais de justice et honoraires y afférent, en cas d'action mettant en cause une responsabilité assurée et garantie par le présent contrat et sont supérieurs à la franchise
- d'exercer les recours contre les tiers pour le compte exclusif de l'assuré, dans la mesure où le dommage qu'il a subi aurait été indemnisé au titre du présent contrat, si l'assuré en avait été l'auteur et non la victime et dans la mesure où le montant des intérêts en jeu excède le seuil d'intervention indiqué au tableau des garanties

4.2. Information de l'assureur

L'assuré doit déclarer le litige à l'assureur au plus tôt, en lui précisant les références de son contrat et l'existence éventuelle d'autres contrats couvrant le même risque.

Cette déclaration doit être faite à l'assureur par écrit, de préférence par lettre recommandée, et être accompagnée de tous renseignements et documents utiles à l'instruction du dossier.

L'assuré doit transmettre à l'assureur, dès réception, tous avis, lettres, convocations, actes d'huissier, citations et pièces de procédure qui lui seraient adressés, remis ou signifiés. Par ailleurs, afin de permettre à l'assureur de donner son avis sur l'opportunité de transiger ou d'engager une instance judiciaire, l'assuré doit, sous peine de non-garantie :

- Déclarer le litige à l'assureur avant de confier ses intérêts à un avocat,
- Informer l'assureur à chaque nouvelle étape de la procédure.

Une fois informé de l'ensemble des données du litige ainsi qu'à toute étape du règlement de ce dernier, l'assureur fait connaître son avis sur l'opportunité de transiger, d'engager ou de poursuivre une instance judiciaire, en demande comme en défense, les cas de désaccord étant réglés selon les modalités prévues au paragraphe 5.2.7. ci-après.

Lorsque l'assuré fait de mauvaise foi des déclarations inexactes sur les faits, les événements ou la situation qui sont à l'origine du litige ou plus généralement sur tout élément pouvant servir à la solution d'un litige, l'assuré est entièrement déchu de tout droit à la garantie pour le litige considéré.

4.3. Prestations fournies

A l'occasion de la survenance d'un litige garanti l'assureur s'engage à :

- Fournir à l'assuré, après examen de l'affaire, tous conseils sur l'étendue de ses droits et la façon d'organiser sa défense ou de présenter sa demande ;
- Procéder à toute démarche ou opération tendant à mettre fin au litige à l'amiable ;
- Faire défendre en justice les intérêts de l'assuré et suivre l'exécution de la décision obtenue.

Lorsqu'il est fait appel à un avocat pour transiger le litige, assister ou représenter l'assuré en justice celui-ci peut :

- Soit confier ses intérêts à l'avocat de son choix,
- Soit donner mandat à l'assureur pour désigner l'avocat chargé de défendre ses intérêts. Par ailleurs, l'assuré a la liberté de choisir son avocat chaque fois que survient un conflit d'intérêts entre lui-même et l'assureur

4.4. Frais pris en charge

A l'occasion de la survenance d'un litige garanti l'assureur prend en charge dans la limite du plafond figurant aux conditions particulières :

- les frais de constitution de dossiers tels que frais d'enquêtes, coûts de procès-verbaux de police ou de constats d'huissier engagés par l'assureur ou avec son accord ;
- les honoraires d'experts ou de techniciens désignés par l'assureur ou choisis avec son accord ;
- les frais taxables et émoluments d'avocats, d'avoués et d'auxiliaires de justice, ainsi que les autres dépens taxables ;
- les honoraires et frais non taxables d'avocats dans les conditions ci-après :
- lorsque l'assuré confie la défense de ses intérêts à l'avocat de son choix, les honoraires et les frais non taxables sont fixés d'un commun accord entre l'avocat et l'assuré. L'assureur, à condition que l'assuré l'ait informé dans les conditions prévues par le paragraphe « Information de l'assureur », prend en charge les frais et les honoraires engagés par l'assuré sur présentation des factures acquittées accompagnées de la décision rendue ou du protocole de transaction signé par les parties au litige, dans la

limite du plafond indiqué aux conditions particulières. Ce plafond comprend les frais divers (déplacement, secrétariat, photocopies) et taxes.

- En cas de paiement par l'assuré d'une première provision à l'avocat de son choix, l'assureur s'engage, dans la limite de ladite provision, à faire une avance à l'assuré, le solde étant réglé selon les modalités prévues en cas de libre choix de l'avocat.

4.5. Subrogation

L'assureur, dans la limite des sommes qu'il a payées directement à l'assuré, ou dans l'intérêt de celui-ci, est subrogé dans les droits de l'assuré selon les dispositions prévues à l'article L 121-12 du Code des assurances, notamment pour le recouvrement des sommes allouées à l'assuré par les tribunaux au titre des dépens et des articles 700 du nouveau Code de procédure civile, 475-1 du Code de procédure pénale ou L 8-1 du Code des tribunaux administratifs.

4.6. Règlement des cas de désaccord

En cas de désaccord entre l'assuré et l'assureur portant sur le fondement du droit de l'assuré ou sur les mesures à prendre pour régler le litige, cette difficulté peut être soumise, à la demande de l'assuré, à l'appréciation d'un conciliateur désigné d'un commun accord par les parties ou, à défaut, par le président du Tribunal de Grande Instance statuant en la forme des référés. Les frais exposés pour la mise en œuvre de cette faculté sont à la charge de l'assureur à moins que le président du Tribunal n'en décide autrement lorsque l'assuré a mis en œuvre cette faculté dans des conditions abusives.

Si, contrairement à l'avis de l'assureur ou éventuellement à celui du conciliateur, l'assuré engage à ses frais une procédure contentieuse et obtient une solution plus favorable que celle qui avait été proposée par l'assureur ou le conciliateur, l'assureur prend en charge dans la limite du plafond global d'assurance, les frais et honoraires exposés par l'assuré pour cette procédure.

5 - MONTANT DES GARANTIES ET DES FRANCHISES :

NATURE DES GARANTIES	LIMITES DES GARANTIES	FRANCHISES Par sinistre
Dommmages corporels Dommmages matériels et immatériels consécutifs	15.000.000 € par sinistre 750.000 € par sinistre	NEANT 100 € (franchise relative) vis-à-vis d'une tierce personne 1500 € par sinistre vis-à-vis d'un autre volontaire ou à un de ses ayants droits.
Dommmages matériels aux biens confiés et dommages immatériels en résultant	30.000 € par sinistre	100 € (franchise relative) vis-à-vis d'une tierce personne 1500 € par sinistre vis-à-vis d'un autre volontaire ou à un de ses ayants droits.
Défense	Inclus dans la garantie mises en jeu	Selon la franchise de la garantie mise en jeu
Recours	50.000 € par sinistre	Seuil d'intervention NEANT

6 - ETENDUE GEOGRAPHIQUE :

La garantie s'exerce dans le monde entier

7- REGLEMENTATION

Le présent contrat sera sans effet et l'assureur ne sera pas tenu de payer une indemnité ou de fournir des garanties au titre du présent contrat dès lors que l'exécution du contrat exposerait l'assureur aux sanctions, interdictions ou aux restrictions résultant des résolutions des Nations Unies ou aux sanctions économiques ou commerciales prévues par les lois ou règlements édictées par l'Union européenne, le Royaume Uni ou les États-Unis d'Amérique.

8- PRISE D'EFFET DES GARANTIES

Au 1^{er} de chaque mois d'entrée dans le nouveau statut de V.I.E., même lorsque l'affiliation à l'assurance intervient postérieurement à cette date.

La prise d'effet pour les ayants droits désignés à l'affiliation suit également la règle de date d'entrée dans le statut sauf pour les demandes postérieures lorsque les conditions pré-requise sont réunies.

Lorsque le V.I.E. est hospitalisé en fin de mission dans un hôpital, une clinique ou un établissement de soins, les garanties du contrat sont maintenues lors de la durée d'hospitalisation y compris lors du séjour en centre de soins dès lors que ce séjour fait directement suite à l'hospitalisation.

9 - APPLICATION DE LA GARANTIE DANS LE TEMPS :

La garantie est déclenchée par la réclamation conformément aux dispositions de l'article L 124-5 du Code des assurances.

La garantie s'applique, dès lors que le fait dommageable est antérieur à la date de résiliation ou d'expiration de la garantie, et que la première réclamation est adressée à l'assuré ou à l'assureur entre la prise d'effet initiale de la garantie et l'expiration d'un délai subséquent de 5 ans à sa date de résiliation ou d'expiration, quelle que soit la date des autres éléments constitutifs des sinistres.

Toutefois, l'assureur ne couvre les sinistres dont le fait dommageable a été connu de l'assuré postérieurement à la date de résiliation ou d'expiration que si, au moment ou l'assuré a eu connaissance de ce fait dommageable, cette garantie n'a pas été resouscrite ou l'a été sur la base du déclenchement par le fait dommageable.

Le contrat ne garantit pas les sinistres dont le fait dommageable était connu de l'assuré à la date de souscription de la garantie concernée.

Constitue un sinistre tout dommage ou ensemble de dommages causés à des tiers, engageant la responsabilité de l'assuré, résultant d'un fait dommageable et ayant donné lieu à une ou plusieurs réclamations. Le fait dommageable est celui qui constitue la cause génératrice du dommage. Un ensemble de faits dommageables ayant la même cause technique est assimilé à un fait dommageable unique.

Le sinistre est imputé à l'année d'assurance au cours de laquelle l'assureur a reçu la première réclamation. Constitue une réclamation toute demande en réparation amiable ou contentieuse formée par la victime d'un dommage ou ses ayants droits, et adressée à l'assuré ou à son assureur.

Lorsqu'un même sinistre est susceptible de mettre en jeu les garanties apportées par plusieurs contrats successifs, la garantie déclenchée par le fait dommageable ayant pris effet postérieurement au 02 novembre 2003 est appelée en priorité, sans qu'il soit fait application des quatrième et cinquième alinéas de l'article L 121-4 du Code des assurances.

PROTECTION JURIDIQUE

Notice d'information

En qualité de volontaire international géré par BUSINESS FRANCE, vous bénéficiez d'une couverture Protection juridique.

Le contrat d'assurance No 10911897104 a été souscrit par BUSINESS France, auprès de la société d'assurance :

JURIDICA (GROUPE AXA)

Société Anonyme au capital de 14 627 854,68 €

Immatriculée au R.C.S. de Versailles, sous le numéro 572079150

Régie par le Code des assurances dont le siège social est situé à cette adresse :

1 place Victorien Sardou 78160 Marly-le-Roi, France

Autorité chargée du contrôle de JURIDICA :
Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (A.C.P.R.)
61 rue Taitbout 75 009 Paris

Les modalités de mise en œuvre des garanties et le détail des prestations auxquelles vous avez droit à effet du 1^{er} Janvier 2022 sont définis dans la présente notice d'information.





**NOTICE D'INFORMATION VALANT CONDITIONS GENERALES DU CONTRAT D'ASSURANCES
DE PROTECTION JURIDIQUE
AGENCE NATIONALE BUSINESS FRANCE**

N°10911897104

Votre contrat d'assurance « Business France » est constitué par :

- La présente Notice d'Information valant Conditions Générales qui définit les biens, les événements et les risques assurables ainsi que les exclusions, et qui précise les droits et obligations de l'assureur et de l'assuré ;
- Les avenants éventuels qui modifient le contrat.

La présente Notice d'Information valant Conditions Générales **est rédigée en langue française et est régie par le droit français et notamment le code des assurances.**

Pour les risques définis à l'article L.191-2 du Code des assurances et relevant des Dispositions particulières aux départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle :

- Sont applicables les articles impératifs : L.191-5, L.191-6 ;
- N'est pas applicable l'article L.191-7 auquel il est dérogé expressément.

Tout litige né de l'exécution ou de l'interprétation du présent contrat sera de la compétence des juridictions françaises.

L'autorité chargée du contrôle de l'assureur est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (A.C.P.R.) située au 4, place de Budapest – CS 92459- 75436 Paris Cédex 09.

EMBARGO / SANCTION

Le présent contrat sera sans effet et l'assureur ne sera pas tenu de payer une indemnité ou de fournir des garanties au titre du présent contrat dès lors que l'exécution du contrat exposerait l'assureur aux sanctions, interdictions ou aux restrictions résultant des résolutions des Nations Unies ou aux sanctions économiques ou commerciales prévues par les lois ou règlements édictées par l'Union européenne, le Royaume-Uni ou les États-Unis d'Amérique.

1. DEFINITIONS

Les définitions des termes ci-dessous font partie intégrante de la Notice d'information valant Conditions Générales. Elles s'appliquent chaque fois que l'un de ces termes y est mentionné.

Bénéficiaire ou vous – La personne physique, désignée par le souscripteur comme bénéficiaire, âgée de 18 à 30 ans, volontaire international pour une mission professionnelle à l'étranger en entreprise et volontaire international en administration pour le compte de Business France.

Souscripteur – Business France, établissement public à caractère industriel et commercial, 77 Boulevard Saint Jacques, 75998 Paris Cedex 14.

Courtier apporteur – Le cabinet de courtage Filhet et Allard, rue Cervantes Mérignac, 33000 Bordeaux, immatriculée à l'Orias sous le numéro 07000514

Courtier gestionnaire – le cabinet April International Care France 14 rue Gerty Archimède – 75012 Paris – France-S.A.S au capital de 200 000 € - RCS Paris 309 707 727-Immatriculée à l'ORIAS sous le numéro 07008000 NAF6622Z – N° identifiant TVA FR60309707727

Assureur ou nous – Juridica – 1 place Victorien Sardou 78160 Marly-le-Roi. SA au capital de 14627854,68 euros. Entreprise régie par le Code des assurances, RCS Versailles 572079150



Action opportune – Une action est opportune :

- Si le litige ne découle pas d'une violation manifeste par vos soins, de dispositions légales ou réglementaires ;
- Si vous pouvez apporter la preuve du bien-fondé de vos prétentions ou dont la preuve repose sur une base légale ;
- Si le litige vous oppose à un tiers solvable, identifié et localisable ;
- Lorsque vous vous trouvez en défense, si la demande de la partie adverse n'est pas pleinement justifiée dans son principe et dans son étendue par des règles de droit et/ou des éléments de preuve matériels.

Biens immobiliers garantis – Ce sont les biens immobiliers que vous occupez en votre qualité de locataire que vous ne donnez pas en sous-location et que vous ne mettez pas à disposition à titre gratuit.

Conflit d'intérêt : Situation dans laquelle la partie adverse est assurée et représentée par JURIDICA ou par le groupe AXA.

Consignation pénale : Dépôt d'une somme au greffe par un justiciable plaignant tendant à garantir le bien-fondé de sa plainte avec constitution de partie civile ou demandée en cas de citation directe.

Convention d'honoraires - Convention signée entre l'avocat et son client fixant les honoraires et les modalités de règlement.

Débours - Sommes qui doivent être avancées en vertu de la loi ou d'un contrat, et qui donneront lieu à un remboursement ultérieur. Les débours sont fréquemment demandés par les auxiliaires de justice (avocats, notaires, huissiers de justice) après que ces derniers en aient fait l'avance pour le compte de leurs clients. Les débours peuvent concerner par exemple les frais de copies, les frais de délivrance d'actes ou encore les frais de correspondance. Une fois ces frais avancés, les auxiliaires de justice en demandent le remboursement à leurs clients.

Dépens – Les dépens afférents aux instances, actes et procédures d'exécution comprennent :

- Les droits, taxes, redevances ou émoluments perçus par les secrétariats des juridictions ou l'administration des impôts **à l'exception des droits, taxes et pénalités éventuellement dus sur les actes et titres produits à l'appui** ;
- Les frais de traduction des actes lorsque celle-ci est rendue nécessaire par la loi ou par un engagement international ;
- Les indemnités des témoins ;
- La rémunération des techniciens ;
- Les débours tarifés ;
- Les émoluments des officiers publics ou ministériels ;
- La rémunération des avocats dans la mesure où elle est réglementée y compris les droits de plaidoirie ;
- Les frais occasionnés par la notification d'un acte à l'étranger ;
- Les frais d'interprétariat et de traduction rendus nécessaires par les mesures d'instruction effectuées à l'étranger à la demande des juridictions dans le cadre du règlement (CE) n° 1206/2001 du Conseil du 28 mai 2001 relatif à la coopération entre les juridictions des États membres dans le domaine de l'obtention des preuves en matière civile et commerciale ;
- Les enquêtes sociales ordonnées par le juge ;
- La rémunération de la personne désignée par le juge pour entendre le mineur.

Dol – Manœuvres, mensonges, silence sur une information (réticence dolosive) ayant pour objet de tromper l'une des parties en vue d'obtenir son consentement.

E-réputation - Elle désigne la diffamation, l'injure ou la divulgation illégale de la vie privée de l'assuré, harcèlement moral ou sexuel à l'aide d'un écrit, d'une image ou d'une vidéo publiés sur un blog, un forum de discussion, un réseau social, un site web.

- La diffamation consiste en une allégation ou imputation d'un fait qui porte atteinte à l'honneur ou à la considération de l'assuré.
- L'injure correspond à une expression outrageante, terme de mépris ou invective.
- La divulgation illégale de la vie privée désigne toute divulgation portant sur la vie privée de l'assuré et étant diffusée sans son consentement.



- Le harcèlement moral est une conduite abusive qui par des gestes, paroles, comportements, attitudes répétées ou systématiques vise à dégrader les conditions de vie ou de travail d'une personne.
- Le harcèlement sexuel se caractérise par le fait d'imposer à une personne, de façon répétée, des propos ou comportements à connotation sexuelle qui portent atteinte à sa dignité en raison de leur caractère dégradant ou humiliant ou qui créent à son encontre une situation intimidante, hostile ou offensante.

Expert - Technicien ou spécialiste mandaté en raison de ses compétences afin d'examiner une question de fait d'ordre technique requérant ses connaissances en la matière. Il est dit « JUDICIAIRE » lorsqu'il est mandaté par un juge.

Fait générateur du litige – Apparition d'une difficulté juridique matérialisée par l'atteinte à un droit ou par le préjudice que vous avez subi ou causé à un tiers, avant toute réclamation s'y rattachant.

Frais proportionnels - Somme qui a vocation à couvrir l'ensemble des travaux et diligences effectués par l'huissier de justice, ainsi que les frais supportés par ce dernier **à l'exception des frais de déplacement, de débours et des travaux rémunérés par des honoraires libres.**

Frais irrépétibles – Frais non compris dans les dépens que le juge peut mettre à la charge d'une des parties au procès au titre de l'article 700 du Code de procédure civile, de l'article 475-1 du Code de procédure pénale ou de l'article L. 761-1 du Code de justice administrative **ou son équivalent devant les autres juridictions étrangères**. Ces frais concernent des dépenses engagées avant l'ouverture de l'instance et pendant celle-ci, ainsi que les frais à venir. Ils comprennent notamment les honoraires de l'avocat, les mémoires et les consultations, les frais de constat d'huissier, les frais de consultation médicale, les frais de déplacement et de démarches exposés par une partie, un manque à gagner.

Intérêts en jeu – Montant du litige, hors pénalités de retard, intérêts et demandes annexes et confirmé en demande par la production de pièces justificatives.

Litige – Opposition d'intérêts, désaccord ou refus opposé à une réclamation dont l'assuré est l'auteur ou le destinataire et, le conduisant à faire valoir des prétentions en demande ou en défense, que ce soit à l'amiable ou devant une juridiction. L'ensemble des réclamations résultant d'un même fait générateur constitue un même litige.

Usurpation d'identité – Usage non autorisé des éléments d'identification ou d'authentification de l'identité de l'assuré par un tiers dans le but de réaliser une action frauduleuse entraînant un préjudice pour l'assuré.

Les éléments d'identification recouvrent les éléments suivants : Nom, prénom ; Adresse postale ou e-mail ; Numéro de téléphone ; Carte d'identité ; Passeport ; Permis de conduire ; Carte grise d'un véhicule ; Numéro d'immatriculation d'un véhicule ; Relevé d'identité bancaire ; Numéro de sécurité sociale.

Les éléments d'authentification correspondent aux éléments suivants : Identifiants ou logins ; Mots de passe ; Adresse IP.

2. LES PRESTATIONS

Les garanties décrites ci-après sont accessibles sur simple appel téléphonique au 01 30 09 97 93 **du lundi au vendredi de 9h30 à 19h30, sauf jours fériés**. Vous bénéficiez de ces garanties **dans le seul cadre de votre vie privée**.

Vous devez nous solliciter entre la date de prise d'effet de votre contrat et celle de sa résiliation.

2.1 Information juridique par téléphone

Pour toute question ou difficulté juridique, un juriste vous renseigne sur vos droits et obligations et vous oriente sur les démarches à entreprendre dans **tous les domaines de droit liés à votre vie privée en droit français et en droit monégasque**.

Nous pouvons mettre à votre disposition certains modèles de lettres, de contrats ainsi que des formulaires types.



2.2 Prestations en cas de litige

En cas de litige garanti, **à condition que l'action soit opportune et sous réserve que le montant des intérêts en jeu soit supérieur à 350 € ttc**, nous nous engageons à :

2.2.1 Vous accompagner

En cas de litige garanti, un juriste analyse les aspects juridiques de la situation et détermine avec vous la meilleure conduite à adopter pour défendre vos intérêts à l'aide des pièces que vous avez communiquées.

2.2.2 Rechercher une solution amiable

Après communication des pièces essentielles du dossier, nous prenons en charge les frais et honoraires relatifs à sa résolution amiable dans **les limites de nos engagements financiers mentionnés sur la présente Notice d'Information valant Conditions Générales**.

2.2.3 Mettre en œuvre une action en justice

Nous vous proposons la mise en œuvre d'une action en justice **si vous êtes confronté à l'une des situations suivantes** :

- **La démarche amiable n'aboutit pas ;**
- **Les délais pour agir sont sur le point d'expirer ;**
- **Vous êtes convoqué devant une juridiction et devez être défendu.**

Vous avez la maîtrise de la direction du procès.

Vous disposez du libre choix de votre avocat.

Vous négociez avec votre avocat le montant de ses frais et honoraires dans le cadre d'une convention d'honoraires. Cette convention fixe le montant ou le mode de détermination des honoraires couvrant les diligences prévisibles, ainsi que les divers frais et débours envisagés.

Dès l'introduction d'une action en justice, l'avocat choisi devient votre principal interlocuteur.

Toutefois, vous devez nous informer de l'état d'avancement de votre litige en nous communiquant les pièces essentielles (exemple : décision de justice, assignation).

2.2.4 Faire exécuter la décision rendue

Lorsque la procédure engagée aboutit favorablement, nous prenons en charge les frais d'exécution de la décision de justice, **sous réserve de l'opportunité d'une telle action et si la partie adverse est identifiée, localisable et solvable**.

La prise en charge s'effectue dans la limite de nos engagements financiers définis sur la présente Notice d'Information valant Conditions Générales.

2.2.5 Prendre en charge les frais et honoraires liés à la résolution du litige

A l'occasion d'un litige garanti, nous prenons en charge les frais et honoraires engagés pour sa résolution **dans la limite de** :

- **500 € ttc pour les démarches amiables par litige ;**
- **4500 € ttc en cas de procédure judiciaire par litige.**

Les frais et honoraires d'avocat sont pris en charge **dans la limite des montants maximum de prise en charge des frais et honoraires d'avocat figurant sur la présente Notice d'Information valant Conditions Générales**. Les sommes remboursées à ce titre viennent alors en déduction des montants maximum de prise en charge.



3 LES GARANTIES

En cas de litige garanti, nous intervenons dans le cadre de votre vie privée dans les domaines suivants :

3-1 Les domaines d'intervention à l'amiable :

Protection pénale : Nous défendons vos intérêts lorsque vous êtes poursuivi pour contravention ou délit devant une juridiction pénale, ou convoqué devant une commission administrative **à l'exception des litiges dans lesquels vous êtes auteur d'une infraction au code de la route ou d'un délit routier.**

Usurpation d'identité : Vous êtes garanti si vous êtes victime d'une usurpation d'identité liée à votre vie privée.

Recours corporel : Vous êtes garanti en cas de litige portant sur la réparation de l'atteinte à votre intégrité physique consécutive à une agression ou à un accident imputable à un tiers.

Recours médical : Nous défendons vos intérêts, si vous êtes victime d'une erreur médicale, si vous subissez un préjudice du fait d'un diagnostic susceptible d'être erroné, d'un traitement administré, d'une intervention chirurgicale ou de soins délivrés par un personnel médical qualifié, et si l'acte est effectué sur prescription médicale ou dans un établissement public ou privé d'hospitalisation ou de soins.

Habitat en qualité de locataire : Vous êtes garanti en cas de litige survenant en votre qualité de locataire ou colocataire à l'occasion de l'occupation d'un bien immobilier, de la signature du contrat de bail relatif à ce bien immobilier et à la résiliation du contrat de ce bail pour les litiges s'y rapportant **pendant une période de six mois à compter de la prise d'effet de la résiliation du bail.**

3-2 Les domaines d'intervention au judiciaire :

Protection pénale : Nous défendons vos intérêts lorsque vous êtes poursuivi pour contravention ou délit devant une juridiction pénale, ou convoqué devant une commission administrative **à l'exception des litiges dans lesquels vous êtes auteur d'une infraction au code de la route ou d'un délit routier.**

Usurpation d'identité : Vous êtes garanti si vous êtes victime d'une usurpation d'identité liée à votre vie privée ou de salarié.

Recours corporel : Vous êtes garanti en cas de litige portant sur la réparation de l'atteinte à votre intégrité physique consécutive à une agression ou à un accident imputable à un tiers.

Recours médical : Nous défendons vos intérêts, si vous êtes victime d'une erreur médicale, si vous subissez un préjudice du fait d'un diagnostic susceptible d'être erroné, d'un traitement administré, d'une intervention chirurgicale ou de soins délivrés par un personnel médical qualifié, et si l'acte est effectué sur prescription médicale ou dans un établissement public ou privé d'hospitalisation ou de soins.

4 LES EXCLUSIONS COMMUNES A TOUTES LES GARANTIES

En phase amiable et en phase judiciaire, nous ne garantissons pas les litiges résultants :

- De l'expression d'opinions politiques, syndicales ou religieuses ;
- De la détention, la cession ou toute opération sur des parts sociales ou des valeurs mobilières, y compris la multipropriété ;
- De votre activité professionnelle non salariée ou ex-qualité de professionnel non salarié ;
- D'un aménagement des délais de paiement n'impliquant pas de votre part une contestation sur le fond ;
- Des droits de douanes ;
- Résultant d'une poursuite pour dol, délit intentionnel au sens de l'article 121-3 du Code pénal (ou son équivalent à l'étranger) ou à un crime. Nous vous remboursons les frais et honoraires de votre avocat restés à votre charge, en fin de procédure contentieuse si la décision, devenue définitive, écarte le dol ou le caractère intentionnel de l'infraction qui vous a été reprochée (non-lieu, requalification, relaxe...) Ce remboursement



s'effectue dans la limite des montants maximaux de prise en charge figurant sur la présente Notice d'Information valant Conditions Générales ;

- De votre opposition avec Juridica, l'Intermédiaire d'assurance ou le Souscripteur ;
- D'une poursuite pour infraction au code de la route lorsque vous en êtes l'auteur ou d'un délit routier ;
- D'un piratage informatique ;
- D'une atteinte à l'e-réputation ;
- D'une usurpation d'identité avec la complicité de l'assuré,
- De la contestation d'une ou plusieurs décisions prises par une autorité publique dans le cadre d'un état d'urgence sanitaire ;
- D'une guerre civile et étrangère, de mouvements populaires, d'émeutes ou d'un acte de terrorisme (au sens de l'article 421-1 du code pénal ou son équivalent à l'étranger) ;
- D'une catastrophe naturelle (au sens de l'article L125-1 du code des assurances), d'un accident nucléaire (défini à l'article 1 de la Convention de Paris du 29 juillet 1960) ou d'une catastrophe technologique ;
- D'un bien immobilier ne répondant pas à la définition donnée au paragraphe 1 « DEFINITIONS » de la présente Notice d'Information valant Conditions Générales ;
- De travaux ;
- D'un dépassement d'honoraires ou d'un honoraire ne résultant pas d'un acte médical codifié ;
- De soins ou d'opérations de chirurgie esthétique sauf ceux relatifs à de la chirurgie réparatrice prise en charge par la sécurité sociale ;
- De maladies d'origine professionnelles prévues à l'article r.461-3 du code de la sécurité sociale (ou son équivalent à l'étranger) ainsi que des affections liées à l'amiante ou aux prions.

5 LES CONDITIONS D'INTERVENTION

5-1 Les conditions de garanties

Pour que le litige déclaré soit garanti, les conditions suivantes doivent être cumulativement remplies :

- Le litige doit relever de votre vie privée ;
- Les intérêts en jeu doivent être supérieurs à 350 € ttc à la date de la déclaration du litige. Par intérêt en jeu, on entend le montant du litige, hors pénalités de retard, intérêts et demandes annexes et confirmé en demande par la production de pièces justificatives.
- Le litige et son fait générateur doivent être survenus et connus de vous après la date de prise d'effet de vos garanties ;
- Vous devez nous déclarer votre litige entre la date de prise d'effet de votre contrat et celle de sa résiliation ;
- Votre contrat ne doit pas être suspendu pour défaut de paiement de votre prime au moment de la survenance du litige ;
- Vous devez avoir contracté et maintenu en vigueur les assurances légales obligatoires vous incombant ;
- Aucune garantie de responsabilité civile ne doit être susceptible d'assurer la défense de vos intérêts pour le litige considéré ;
- Vous devez recueillir notre accord préalable AVANT de saisir une juridiction, d'engager une nouvelle étape de la procédure ou d'exercer une voie de recours, afin que nous puissions analyser les informations transmises et vous faire part de notre avis sur l'opportunité des suites à donner à votre litige.

5-2 Les causes de déchéance de garanties

Vous êtes déchu de tout droit à garantie pour le litige considéré si vous faites une déclaration inexacte sur les faits, les événements ou la situation qui sont à l'origine du litige ou plus généralement sur tous les éléments pouvant servir à sa résolution.

5-3 Déclaration et information à Juridica



Dans votre propre intérêt, vous devez nous déclarer le litige par écrit dès que vous en avez connaissance à l'adresse suivante : Juridica - 1 place Victorien Sardou 78166 Marly-le-Roi CEDEX, en nous communiquant notamment :

- Les références de votre contrat de Protection Juridique ;
- Les coordonnées précises de votre adversaire ;
- Les références de tout autre contrat susceptible de couvrir le litige ;
- Un exposé chronologique des circonstances du litige ;
- Toutes pièces permettant d'établir la matérialité des faits ; tous renseignements et documents utiles à l'instruction du dossier.

Par ailleurs, vous devez nous transmettre, dès réception, tous avis, lettres, convocations, actes d'huissiers, assignations et pièces de procédure qui vous seraient adressés, remis ou signifiés. Cette rapidité est importante pour préserver vos droits et actions.

5-4 Le respect du secret professionnel

Les personnes qui connaissent des informations que vous nous communiquez, dans le cadre de votre garantie protection juridique, sont tenues au secret professionnel (article L 127-7 du Code des Assurances).

5-5 La territorialité

Les garanties de votre contrat vous sont acquises pour les litiges découlant de faits survenus dans le monde entier.

5-6 En cas de désaccord

Après analyse des informations transmises, nous envisageons l'opportunité des suites à donner à votre litige à chaque étape significative de son évolution.

Nous vous en informons et en discutons avec vous.

En cas de désaccord entre vous et nous portant sur le fondement de vos droits ou sur les mesures à prendre pour régler le litige, vous pouvez selon les dispositions de l'article L.127-4 du code des assurances :

- Soit soumettre cette difficulté à l'appréciation d'une tierce personne désignée d'un commun accord ou désignée, à défaut, par le Président du Tribunal Judiciaire. Nous prenons en charge les frais exposés pour la mise en œuvre de cette action. Cependant, le Président du Tribunal Judiciaire peut les mettre à votre charge s'il considère que vous avez mis en œuvre cette action dans des conditions abusives ;
- Soit exercer l'action, objet du désaccord, à vos frais. Dans ce cas, si vous obtenez une solution définitive plus favorable que celle proposée par nous ou la tierce personne citée ci-dessus, nous vous remboursons les frais et honoraires que vous avez engagés pour cette action **dans les limites et conditions définies à la présente Notice d'Information valant Conditions Générales.**

5-7 En cas de conflit d'intérêts

En vertu de l'article L127- 5 du Code des assurances, vous avez la liberté de choisir un avocat de votre connaissance chaque fois que survient un conflit d'intérêts entre vous et nous. Dans ce cas, nous prenons en charge les frais et honoraires de l'avocat **dans les limites et conditions définies à la présente Notice d'Information valant Conditions Générales.**

6 LA PRISE EN CHARGE FINANCIERE

6-8 Nature des frais pris en charge

A l'occasion d'un litige garanti et dans la limite des montants définis ci-après, nous prenons en charge les frais suivants :

- Le coût de l'huissier de justice ou son équivalent à l'étranger ;
- Les frais et honoraires de l'expert ;
- Vos autres dépens à l'exception des dépens et des frais irrépétibles engagés par la partie adverse et mis à votre charge par le juge ou par une transaction ;



- Les frais et honoraires d'avocat.

6-9 Nature des frais non pris en charge

Nous ne prenons pas en charge les frais suivants ou leur équivalent à l'étranger :

- Les frais proportionnels mis à votre charge en qualité de créancier ;
- Les honoraires de résultat des mandataires, fixés en fonction de l'intérêt en jeu ou en fonction du résultat définitif ou espéré des démarches engagées ;
- Les dépens et les frais irrépétibles engagés par la partie adverse et mis à votre charge par le juge ou par une transaction ;
- Les frais et honoraires d'enquête pour identifier, retrouver ou connaître la valeur du patrimoine de la partie adverse ;
- Les frais et honoraires liés à une procédure devant le juge commissaire lorsque vous êtes à l'origine d'une requête en relevé de forclusion ;
- Les frais et honoraires d'avocat pour le dépôt d'une plainte sans constitution de partie civile ;
- Les consignations pénales ;
- Les frais de consultation ou d'actes de procédures réalisés avant la déclaration de litige sauf s'il y a urgence à les avoir demandés ;
- Les frais et honoraires liés à une procédure de contrôle d'une loi déjà promulguée (question Prioritaire de constitutionnalité) ;
- Les frais d'adhésion à une association au titre de la défense d'intérêts individuels ou collectifs.
- Les frais et honoraires d'expertise judiciaire liés à une fixation, à une modification ou à une révision du loyer pour la garantie habitat locataire.

6-10 Montants de prise en charge des frais et honoraires d'avocat

Se référer au tableau de prise en charge en dernière page de la présente Notice d'Information valant Conditions Générales.

6-11 Les modalités de prise en charge

6-11-1 Le libre choix de votre avocat

La prise en charge des frais et honoraires d'avocat s'effectue de la façon suivante :

Vous réglez toutes taxes comprises les frais et honoraires de l'avocat saisi et nous vous remboursons sur justificatifs des démarches effectuées (exemples : assignation, décisions de justice...) et d'une facture acquittée.

6-11-2 Subrogation

Dans le cadre d'un litige, lorsque des dépens et des frais irrépétibles sont mis à la charge de la partie adverse, le Code des assurances nous permet de récupérer ces sommes dans la limite des frais et honoraires que nous avons engagés dans votre intérêt. Néanmoins, si vous justifiez de frais et honoraires restés à votre charge et exposés dans le cadre dudit litige, vous récupérez ces indemnités en priorité.

6-11-3 En cas de cumul d'assurances

Celui qui est assuré auprès de plusieurs assureurs par plusieurs polices, pour un même intérêt, contre un même risque, doit donner immédiatement à chaque assureur connaissance des autres assureurs. L'assuré doit, lors de cette communication, faire connaître le nom de l'assureur avec lequel une autre assurance a été contractée et indiquer la somme assurée.

Lorsque plusieurs assurances contre un même risque sont contractées de manière dolosive ou frauduleuse, l'assureur peut demander la nullité du contrat d'assurance et réclamer en outre des dommages et intérêts.

Lorsqu'elles sont contractées sans fraude, chacune d'elles produit ses effets dans les limites des garanties du contrat et dans le respect des dispositions de l'article L. 121-1 du code des assurances, quelle que soit la date à laquelle



l'assurance aura été souscrite. Dans ces limites, le bénéficiaire du contrat peut obtenir l'indemnisation de ses dommages en s'adressant à l'assureur de son choix.

7 LA VIE DU CONTRAT

7-1 La prise d'effet et la durée de votre contrat

Vous bénéficiez des présentes garanties en tant que volontaire international pour une mission professionnelle à l'étranger en entreprise et volontaire international en administration pour le compte de Business France.

Votre garantie prend effet à la date à laquelle vous démarrez votre mission, communiquée par le souscripteur, et prend fin à la date à laquelle vous cessez votre mission, communiquée par le souscripteur.

Par ailleurs, vos garanties cessent tous leurs effets en cas de résiliation du contrat de groupement de protection juridique ou en cas de décision commune de l'assureur et du souscripteur sur le fondement de l'article R. 113-10 du Code des assurances.

7-2 La prescription

La prescription est la période au-delà de laquelle une demande n'est plus recevable. Conformément aux dispositions prévues par les articles L.114-1 et suivants du Code des assurances, toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où nous en avons eu connaissance ;
- En cas de sinistre, que du jour où vous en avez eu connaissance, **sous réserve que vous prouviez l'avoir ignoré jusque-là.**

Quand votre action a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour :

- Où ce tiers a exercé une action en justice contre vous ;
- Où vous l'avez indemnisé.

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

- Toute demande en justice, même en référé, ou même portée devant une juridiction incompétente ;
- Tout acte d'exécution forcée, ou toute mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ;
- Notre reconnaissance de votre droit à garantie, ou toute reconnaissance de dette de votre part envers nous ;
- La demande d'aide juridictionnelle qui dure jusqu'au moment où le bureau d'aide juridictionnelle rend une décision définitive.

Elle est également interrompue par :

- La désignation d'experts à la suite d'un litige ;
- L'envoi d'une lettre recommandée ou l'envoi d'un recommandé électronique, avec accusé de réception adressée par :
- Nous à vous en ce qui concerne l'action en paiement de la prime ;
- Vous à nous en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

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

7-3 En cas de réclamations

Le paragraphe ci-dessous précise les modalités d'examen des réclamations et le recours possible à la Médiation de l'assurance.

Comment adresser votre réclamation ?



Dans tous les cas, vous devez formaliser par écrit votre réclamation afin que nous puissions répondre au mieux à votre insatisfaction, et l'adresser :

A votre interlocuteur habituel (ses coordonnées sont indiquées sur vos courriers et sur le présent document) ou au service clients avec lequel vous êtes en relation, ou, à tout moment, au Service Réclamations de Juridica :

- Par **e-mail** à **servicereclamations@juridica.fr**
- Ou par **courrier**, à l'adresse suivante : **JURIDICA - Service Réclamations - 1 place Victorien Sardou - 78166 Marly-le-Roi Cedex**

Nos engagements

Un accusé de réception vous sera adressé dans un délai maximum de dix jours.

Votre situation sera étudiée avec le plus grand soin et une réponse argumentée vous sera adressée dans un délai maximum de soixante-jours.

La saisine du médiateur

Vous pouvez saisir le Médiateur de l'assurance :

- soit à réception de notre réponse argumentée si elle ne vous donne pas satisfaction,
- soit, en l'absence de réponse de notre part, deux mois après votre première réclamation écrite ;
- et en tout état de cause, dans un délai maximum d'un an à compter de la date de votre réclamation écrite.

Cette saisine peut se faire :

- Par voie électronique sur le site mediation-assurance.org
- Ou par courrier, à l'adresse suivante : Monsieur le médiateur de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09.

L'intervention du Médiateur est gratuite.

Le Médiateur formulera une proposition de solution dans un délai de 3 mois à réception de votre dossier complet.

Les deux parties, vous-même et Juridica, restent libres de la suivre ou non de suivre ou non la proposition du Médiateur.

Vous conservez à tout moment la possibilité de saisir le tribunal compétent.

7-4 Information sur les données personnelles

JURIDICA et le Courtier distributeur et le Courtier gestionnaire de votre contrat d'assurance de protection juridique, sont responsables conjoints du traitement de vos données, le(s) Courtiers(s) avec un rôle de délégataire(s) en charge de la passation et/ou de la gestion de votre contrat d'assurance. JURIDICA assure sous sa seule responsabilité les traitements afférents à l'exécution et à la délivrance des garanties de protection juridique

JURIDICA et le(s) Courtier(s) distributeur et/ou gestionnaire de votre contrat d'assurance de protection juridique seront également susceptibles d'utiliser vos données (i) dans le cadre de contentieux, (ii) pour la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, (iii) afin de se conformer à une réglementation applicable, ou (iv) pour l'analyse de tout ou partie des données collectées vous concernant, éventuellement croisées avec celles de partenaires choisis, afin d'améliorer nos produits (recherche et développement), évaluer votre situation ou la prédire (scores d'appétence) et personnaliser votre parcours client (offres et publicités ciblées). Les données relatives à votre santé éventuellement recueillies seront exclusivement utilisées pour l'exécution de votre contrat, ce à quoi vous consentez en le signant.

Vos données seront conservées le temps nécessaire à ces différentes opérations, ou pour la durée spécifiquement prévue par la CNIL (normes pour le secteur de l'assurance) ou la loi (prescriptions légales).

Elles seront uniquement communiquées aux intermédiaires d'assurance, réassureurs, partenaires ou organismes professionnels habilités qui ont besoin d'y avoir accès pour la réalisation de ces opérations. Pour ceux de ces destinataires situés en-dehors de l'Union Européenne, le transfert est limité (i) aux pays listés par la Commission



Européenne comme protégeant suffisamment les données ou (ii) aux destinataires respectant soit les clauses contractuelles types proposées par la CNIL soit les règles internes d'entreprise du groupe AXA de protection des données (BCR). Les données relatives à votre santé éventuellement recueillies ne seront communiquées qu'aux seuls sous-traitants habilités de la société avec laquelle vous avez signé votre contrat.

Lors de la souscription de votre contrat, certaines questions sont obligatoires. En cas de fausses déclarations ou d'omissions, les conséquences à votre égard pourront être la nullité du contrat souscrit (article L.113-8 du Code des assurances) ou la réduction des indemnités versées (article L.113-9 du Code des assurances).

Nous sommes légalement tenus de vérifier que vos données sont exactes, complètes et, si nécessaire, mises à jour. Nous pourrions ainsi vous solliciter pour le vérifier ou être amenés à compléter votre dossier (par exemple en enregistrant votre email si vous nous avez écrit un courrier électronique).

Vous pouvez demander l'accès, la rectification, l'effacement ou la portabilité de vos données, définir des directives relatives à leur sort après votre décès, choisir d'en limiter l'usage ou vous opposer à leur traitement. Si vous avez donné une autorisation spéciale et expresse pour l'utilisation de certaines de vos données, vous pouvez la retirer à tout moment sous réserve qu'il ne s'agisse pas d'informations qui conditionnent l'application de votre contrat.

Vous pouvez écrire à notre délégué à la protection des données pour exercer vos droits par email (cellulecnil@axa-juridica.com) ou par courrier (JURIDICA – Cellule CNIL – 1 Place Victorien Sardou 78160 MARLY LE ROI). En cas de réclamation, vous pouvez choisir de saisir la CNIL.

Pour plus d'informations, consultez <https://www.juridica.fr/donnees-personnelles-et-cookies/>

En cas de litige porté devant des juridictions étrangères : le montant retenu est celui de la juridiction française équivalente. A défaut, le montant applicable est celui du niveau de juridiction concerné.

Montants TTC de prise en charge des frais et honoraires d'avocat ou de tout autre professionnel habilité par la loi. Ces montants incluent les frais de secrétariat, de déplacements et de photocopies. Ils sont calculés sur une TVA de 20% et peuvent varier en fonction de la TVA en vigueur au jour de la facturation	
Assistance	
Assistance à expertises judiciaires Assistance à médiation ou conciliation	350 € par réunion, comprenant rédaction et réponses aux dires
Recours précontentieux	350 € par litige
Démarches amiables si l'assistance d'un avocat est imposée par la loi ou en cas de conflit d'intérêt (comprenant les consultations et transaction ayant abouti à un protocole) Arbitrage Assistance devant une commission	500 € par litige
Référé – Requête	
Référé Autres (y compris devant le Premier président de la cour d'appel) Requête	460 € par ordonnance
Première instance	
Tribunal Judiciaire Tribunal Administratif	1500 € par litige
Autres juridictions	760 € par litige
Appel	
Appel	1 500 € par litige
Exécution	
Juge de l'exécution	760 € par litige
En matière pénale	
Assistance avant mesure d'instruction (comprenant audition, confrontation, consultation du dossier pénal)	330 € par litige



Dépôt de plainte avec constitution de partie civile Procédure d'instruction Tribunal de police Médiation pénale, composition pénale, comparution sur reconnaissance préalable de culpabilité et rappel à la loi Recours amiable devant un fonds de garantie, un fond d'indemnisation ou un organisme assimilé	510 € par litige
Tribunal correctionnel Autres juridictions	760 € par litige
Cour d'assises Cour d'assises d'appel	2500 € par litige
Hautes Juridictions	
Cour de cassation (comprenant les consultations) Conseil d'Etat (comprenant les consultations) Cour Européenne des droits de l'Homme Cour de Justice de l'Union Européenne	2500 € par litige