

Fiche d'information et de conseil préalable à l'adhésion du contrat d'assurance « AVA Incoming ASL »

Vous venez d'acheter un ou plusieurs billets d'avion auprès de la Compagnie ASL Airlines France et vous souhaitez vous prémunir contre le risque de frais médicaux à l'étranger, l'assistance et le rapatriement.

Au regard des informations que vous nous avez communiquées concernant vos souhaits en matière d'assurance, l'assurance "AVA Incoming" nous semble constituer une solution adaptée à vos besoins.

L'assurance "AVA Incoming ASL" est issue du contrat d'assurance souscrit :

- par **ASL Airlines France**, SA au capital de 32.052.406€, dont le siège social est situé 15 rue Haut Laval 93290 Tremblay-en-France, immatriculée au RCS de Bobigny sous le n° 344 461 546 (ci-après "le Souscripteur") ;
- auprès de **AIG Europe**, SA au capital de 47.176.225€ dont le siège social est situé 35D avenue John F Kennedy L-185 Luxembourg, société étrangère immatriculée au RCS sous le n°838 136 463, entreprise régie par le code des assurances (ci-après "l'Assisteur") ;
- distribué par **ASL Airlines France** en qualité d'intermédiaire en assurance à titre accessoire dérogatoire (article L513-1 du code des assurances) (ci-après le "Distributeur") ;
- géré par **AVA**, société de courtage d'assurance au capital de 100.000€ dont le siège social est situé 25 rue de Maubeuge 75009 Paris, immatriculée au RCS de Paris sous le n° 322 869 637 et à l'ORIAS sous le n°07 023 453 www.orias.fr (ci-après le "Courtier gestionnaire") ;

Le Courtier gestionnaire et l'Assisteur sont soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, 4 place de Budapest CS 92549 75436 Paris Cedex 09.

Le Distributeur n'est pas rémunéré. Le Distributeur ne propose pas de service de recommandation personnalisée.

Vous êtes invité à vérifier que vous n'êtes pas déjà bénéficiaire d'une garantie couvrant l'un des risques garantis par le nouveau contrat.

Si tel est le cas, vous bénéficiez d'un droit de renonciation à ce contrat pendant un délai de quatorze jours calendaires à compter de sa conclusion, sans frais ni pénalités, si toutes les conditions suivantes sont remplies :

- vous avez adhéré ce contrat à des fins non professionnelles ;
- ce contrat vient en complément de l'achat d'un bien ou d'un service vendu par le Distributeur ;
- vous justifiez que vous êtes déjà couvert pour l'un des risques garantis par ce nouveau contrat ;
- le contrat auquel vous souhaitez renoncer n'est pas intégralement exécuté ;
- vous n'avez déclaré aucun sinistre garanti par ce contrat.

Dans cette situation, vous pouvez exercer votre droit à renoncer à ce contrat en vous adressant au Courtier gestionnaire par courrier : AVA - 25 rue de Maubeuge 75009 Paris ou par e-mail : reclamation@ava.fr accompagné d'un document justifiant que vous bénéficiez déjà d'une garantie pour l'un des risques garantis par le contrat « AVA Incoming ».

Votre cotisation vous sera remboursée dans un délai de trente jours à compter de votre renonciation.

Si vous souhaitez renoncer à votre adhésion mais que vous ne remplissez pas l'ensemble des conditions ci-dessus, vous avez la possibilité d'exercer votre droit de renonciation dans les conditions définies à l'Article 2.5 de la Notice d'information.

Garanties* :

Événements couverts :

- Les frais médicaux à l'étranger :
 - Consultations, radios, analyses, hospitalisation
 - Soins dentaires d'urgence
- Assistance et rapatriement :
 - Transport de l'Assuré au centre médical
 - Rapatriement de l'Assuré à son domicile
 - Rapatriement du corps en cas de décès de l'Assuré

Principales exclusions :

- **Les rechutes de maladies antérieurement constatées comportant un risque d'aggravation brutale et proche, non consolidées.**
- **Les conséquences ou rechutes d'accident antérieurement constaté et les frais médicaux occasionnés par le diagnostic ou le traitement d'un état physiologique (grossesse) déjà connu avant la date de la prise d'effet de la garantie.**
- **Lorsque l'assuré pratique un sport à titre professionnel, pratique ou prend part à une course amateur nécessitant l'utilisation d'un engin terrestre, aérien ou aquatique à moteur.**
- **Lorsque l'assuré utilise en tant que pilote ou passager un ULM, deltaplane, aile volante, parachute ou parapente.**

Principales restrictions :

- **Pour les prestations d'assistance et en cas d'hospitalisation : contacter obligatoirement et préalablement à toute intervention, exclusivement l'Assisteur.**

Étendue de vos garanties :

Frais médicaux à l'étranger :

- En cas d'hospitalisation, l'adhérent recevra une prise en charge au 1er euro à concurrence de 90 % des frais réels jusqu'à 5 000 € et 100 % des frais réels jusqu'à 30 000 €

- Hors Hospitalisation, l'adhérent recevra un remboursement de 75 % des frais réels, sans franchise
- Médecin, Pharmacie et analyses, l'adhérent recevra un remboursement maximum de 750 € par trimestre
- Soins dentaires d'urgence, l'adhérent recevra un remboursement maximum de 150 € par trimestre
- Prothèses dentaires d'urgence, l'adhérent recevra un remboursement maximum de 250 € par évènement
- En cas de transport de l'Assuré au centre médical, rapatriement de l'Assuré à son domicile ou rapatriement du corps en cas de décès de l'Assuré dans son pays d'origine, l'Assuré sera pris en charge au frais réel.

** La description exhaustive de l'assurance "AVA Incoming" et ses exclusions figurent dans la notice d'information ci-jointe que nous vous invitons à lire attentivement avant de prendre votre décision d'adhérer ou non.*

Durée:

Prend effet au plus tôt à la date de départ zéro heure et cesse dès le retour de l'Assuré à son Domicile ou au plus tard 30 jours après la date de départ.

Tarif :

Le montant de la cotisation d'assurance est indiqué sur le Certificat d'adhésion.
La cotisation d'assurance est payée par l'adhérent dans sa totalité auprès du distributeur en même temps que la réservation du billet assuré.

Le tarif inclut 9 € de frais de gestion.

Renonciation à l'adhésion :

Conformément à l'article L.112-2-1 du Code des Assurances, si le dernier Vol objet de la Garantie a lieu plus d'un mois après la date d'adhésion au Contrat, vous pouvez renoncer à votre adhésion, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalité, dans les quatorze (14) jours calendaires suivant la date de réception de vos documents contractuels en vous connectant à votre espace client sur le site du Courtier gestionnaire.

Modèle de lettre de renonciation :

*« Je soussigné(e), Nom, Prénom et Adresse, déclare renoncer à mon adhésion à l'Assurance «AVA Incoming».
Date et Lieu, Signature ».*

Le Courtier gestionnaire, au nom et pour le compte de l'Assisteur, vous remboursera alors la cotisation d'assurance payée au moment de l'adhésion.

Toutefois, si vous demandez à bénéficier de la Garantie, pendant le délai de renonciation, dans les conditions prévues à la Notice, vous ne pourrez plus exercer votre droit de renonciation, cette déclaration constituant votre accord à l'exécution du Contrat.

Réclamations

En cas de difficulté relative à la gestion de son adhésion, des cotisations ou d'un Sinistre, l'Adhérent peut adresser sa réclamation au Service Réclamations du Courtier gestionnaire, qu'il est possible de saisir selon les modalités suivantes :

- adresse mail : reclamation@ava.fr
- par courrier: AVA - Service Réclamations - 25 rue de Maubeuge 75009 Paris

Le Service Réclamations du Courtier gestionnaire s'engage à accuser réception de la réclamation dans les 10 jours ouvrables suivant sa date de réception (même si la réponse à la réclamation est également apportée dans ce délai) et, en tout état de cause, à apporter une réponse à la réclamation au maximum dans les 2 mois suivant sa date de réception.

En cas de rejet ou de refus de faire droit en totalité ou partiellement à la réclamation par le Service Réclamations du Courtier gestionnaire, l'Adhérent peut alors s'adresser par écrit à l'Assisteur (en mentionnant les références du dossier concerné et en joignant une copie des éventuelles pièces justificatives) :

- par email à : aigeurope.luxcomplaints@aig.com
- par courrier à : AIG Europe SA - Service Réclamation Niveau Direction - 35D avenue John F. Kennedy, L-1855 Luxembourg

L'Assisteur accusera réception de la réclamation dans les 10 jours ouvrables suivant sa date de réception et précisera le délai prévisible de traitement de celle-ci.

La procédure ci-dessus ne s'applique pas si une juridiction a été saisie du litige que ce soit par l'Adhérent ou par l'Assisteur.

Si le désaccord persiste après la réponse donnée par l'Assisteur, l'Adhérent peut solliciter l'avis du Médiateur de la Fédération Française de l'Assurances (F.F.A.) dont les coordonnées sont: La Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09.

Les dispositions du présent paragraphe s'entendent sans préjudice des autres voies d'actions légales.

Loi applicable

La langue utilisée pendant toute la durée de l'adhésion est le français. Seule la version française fait foi.

Les relations précontractuelles et la Notice sont régies par le droit français. Tout litige né de l'exécution ou de l'interprétation de la Notice sera de la compétence des juridictions françaises.

AVA INCOMING ASL
CONDITIONS GÉNÉRALES
N° 4.089.008 - 1

SOMMAIRE

1. OBJET DU CONTRAT
2. TABLEAU DES GARANTIES
3. DEFINITIONS COMMUNES
4. PRISE D'EFFET ET DUREE DES GARANTIES DU CONTRAT
5. LA GARANTIE FRAIS MEDICAUX A L'ETRANGER
6. LA GARANTIE ASSISTANCE, RAPATRIEMENT
7. LES EXCLUSIONS DU CONTRAT
8. QUE FAIRE EN CAS DE SINISTRE
9. DISPOSITIONS DIVERSES

1 - OBJET DU CONTRAT

AVA a souscrit auprès de l'Assureur AIG EUROPE SA, un contrat d'assurance et d'assistance Voyage sous le N°
4.089.008

Ce contrat d'assurance a pour objet de garantir, dans les limites et conditions définies par ailleurs, les clients d'AVA à l'occasion et au cours du Séjour temporaire qu'ils effectuent à l'étranger.

Il prévoit les garanties et prestations suivantes proposées selon la formule ci-dessous :

- Frais médicaux
- Assistance, Rapatriement

Il est convenu que ces garanties et prestations ne peuvent être souscrites indépendamment les unes des autres.

L'adhésion au présent contrat est à durée ferme non renouvelable.

La cotisation correspondante n'est pas remboursable.

Seules les présentes conditions contractuelles et les informations portées sur la Demande d'adhésion de l'Assuré sont applicables en cas de sinistre ou de litige entre les parties.

2 - TABLEAU DES GARANTIES

Pour connaître les conditions d'applications des garanties présentées dans ce tableau synoptique, se reporter aux chapitres suivants.

GARANTIES	MONTANTS ET LIMITES
<ul style="list-style-type: none"> Frais médicaux à l'Étranger <p>En cas d'hospitalisation (Appel obligatoire au centre d'assistance)</p>	<p>Maximum Union Européenne 30.000 € Prise en charge au 1er euro, à concurrence de 90 % des frais réels jusqu'à 5.000 € 100 % des frais réels jusqu'à 30.000 €</p>
Hors Hospitalisation	Remboursement 75 % des frais réels, sans franchise.
Médecin, pharmacie, analyses Soins dentaires d'urgences Prothèses dentaires d'urgence	Maximum par trimestre : 750 € Maximum par trimestre : 150 € Maximum par événement : 250 €
<ul style="list-style-type: none"> Assistance, Rapatriement <p>Transport de l'Assuré au centre médical Rapatriement de l'Assuré à son domicile Rapatriement du corps en cas de décès de l'Assuré dans son pays d'origine</p>	Frais réels Frais réels Frais réels

3 - DEFINITIONS COMMUNES

Pour l'application du présent contrat, on entend par :

Souscripteur

AVA agissant tant pour son compte que pour celui de ses clients.

Assuré

Les clients d'AVA, domiciliés hors Espace Schengen et hors pays exclus (Iran, Syrie, Corée du Nord, Région de Crimée, Soudan et Cuba), dont les nom et prénom sont portés sur la demande d'adhésion et ayant réglé la cotisation correspondante, âgés de moins de 70 ans au jour de l'adhésion au présent contrat, résidant de façon temporaire dans l'Espace Schengen ou l'Union Européenne.

Assureur

AIG Europe SA, compagnie d'assurance, immatriculée au Luxembourg (RCS n° B 218806) dont le siège social est sis 35 D Avenue J.F. Kennedy, L-1855, Luxembourg.
Succursale pour la France Tour CB21 16 place de l'Iris 92400 Courbevoie.
Adresse postale Tour CB 21-16 place de l'Iris 92040 Paris la Défense Cedex. RCS Nanterre 752 862 540
Téléphone : +331.49.02.42.22 – Facsimile : +331.49.02.44.04.

Centre de gestion des adhésions et des cotisations

AVA, mandaté par l'Assureur.

Centre de déclaration et de gestion des sinistres sauf assistance et frais médicaux hospitalisation

AVA, mandaté par l'Assureur.

Assisteur

AVA Assistance, mandaté par l'Assureur.

Conjoint

L'époux ou l'épouse, le concubin ou la concubine de l'Assuré.

Famille

Le Conjoint de l'Assuré, le père, la mère, les grands-parents, enfants, petits-enfants, gendres, belles-filles, sœurs, frères de l'Assuré et/ou de son Conjoint.

Enfant

Les enfants légitimes, naturels ou adoptés de l'Assuré et/ou de son conjoint.

Bénéficiaire

Pour toutes les garanties, le bénéficiaire est l'Assuré lui-même, sauf stipulation contraire au contrat.

Demande d'adhésion

Document dûment rempli et signé par l'Assuré sur lequel figurent ses nom et prénom, adresse, dates du séjour, pays de destination, période de garantie, l'option choisie s'il y a lieu, la date d'établissement de ce document et le montant de la cotisation d'assurance correspondant.

Seules sont prises en compte par l'Assureur en cas de Sinistre, les adhésions dont la cotisation d'assurance correspondante, a été réglée.

Certificat de garantie

Document à imprimer par l'assuré ou son mandataire sur lequel figure figurent ses nom et prénom, dates de début et de fin du séjour, numéro d'identification et les coordonnées téléphoniques des plateaux d'assistance.

Séjour

Période effectuée à l'étranger par l'Assuré dont les dates et la destination figurent sur la Demande d'adhésion.

Territorialité

France métropolitaine, Corse, DOM-TOM, Principautés d'Andorre et de Monaco, Pays de l'Union Européenne et Espace Schengen, à l'exclusion de votre pays d'origine.

Domicile

Lieu de résidence habituel de l'Assuré au jour de son adhésion. L'adresse fiscale est considérée comme le Domicile en cas de litige.

Etranger

Pays autre que celui où l'Assuré est domicilié.

Accident

Toute atteinte corporelle, non intentionnelle de la part de l'Assuré provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure dont l'Assuré est victime.

Maladie

Toute altération de santé ou toute atteinte corporelle constatée par une autorité médicale habilitée alors que le contrat est en vigueur.

Accident grave

Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de la victime provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure, constatée par une autorité médicale habilitée et lui interdisant tout déplacement par ses propres moyens.

Maladie grave

Toute altération brutale de l'état de santé, constatée par une autorité médicale habilitée, impliquant la cessation de toute activité professionnelle ou autre, et comportant un pronostic réservé ou une évolution longue nécessitant un traitement médical intensif avec en général hospitalisation pour bilan et soins.

Accident ou maladie antérieur

Toute atteinte temporaire ou définitive de l'intégrité physique de l'Assuré constatée par une autorité médicale compétente, antérieure à l'inscription au voyage.

Hospitalisation

Le fait de recevoir des soins dans un établissement hospitalier nécessitant un séjour minimal de 24 heures consécutives. Est considéré comme établissement hospitalier : un hôpital ou une clinique habilitée à pratiquer des actes et des traitements auprès des personnes malades ou accidentées, possédant les autorisations administratives locales autorisant ces pratiques ainsi que le personnel nécessaire.

Chirurgie et Traitement de Confort

Entre autres, les opérations de chirurgie ou traitements occasionnés par : l'acné, les allergies y compris les tests d'allergie, tout contrôle ou examen périodique et contrôles périodiques contraceptifs, les opérations de chirurgie esthétiques de toutes natures non consécutives à un accident garanti, la circoncision, les cors aux pieds ou oignons, les traitements cosmétiques de toutes natures non consécutifs à un Accident garanti, les opérations et traitements de malformations congénitales, les bilans de santé, les tests de fertilité et les traitements liés à la fertilité (hommes et femmes), les traitements hormonaux, l'incontinence, le traitement des verrues, les kystes, les traitements pour surcharge pondérale, les examens pré-nuptiaux, les traitements préventifs ou vaccins non consécutifs à un événement garanti, les traitements de l'insomnie, la ligature des trompes, la vasectomie, les traitements d'amaigrissement, tous les actes médicaux ou traitements relevant du domaine de la recherche ou de l'expérimentation ou n'étant généralement pas reconnus comme des pratiques médicales ordinaires.

Frais Courants Raisonables

Les frais médicaux courants et jugés raisonnables dans la région du séjour de l'Assuré, c'est-à-dire les frais et prix généralement pratiqués dans la localité ou la région, pour des prestations médicales dont l'Assuré aurait besoin pour son traitement par rapport à des cas de figure similaires, de même gravité ou de même nature.

La prise en charge ne comprendra donc en aucun cas des frais médicaux jugés par l'Assureur comme disproportionnés en fonction de ce qui précède.

Sinistre

Réalisation d'un événement prévu au contrat. Constitue un seul et même sinistre, l'ensemble des réclamations se rattachant à un même événement.

Franchise

Somme fixée forfaitairement au contrat et restant à la charge de l'Assuré en cas d'indemnisation survenant à la suite d'un Sinistre. La franchise peut également être exprimée en heure, en jour ou en pourcentage. Dans ce cas, la garantie concernée est acquise à l'expiration du délai fixé ou au-delà du pourcentage fixé.

Trimestre

Période de 90 jours consécutifs, à compter de la date de début du séjour mentionnée sur la Demande d'adhésion et sur la Carte d'assistance de l'Assuré.

Maximum par événement

Dans le cas où la garantie s'exerce en faveur de plusieurs Assurés victimes d'un même événement, la garantie de l'Assureur est en tout état de cause limitée au montant maximum prévu au titre de cette garantie quel que soit le nombre des victimes. Par suite, les indemnités sont réduites et réglées proportionnellement au nombre de victimes.

Guerre civile

Opposition armée de deux ou plusieurs parties appartenant à un même état dont les opposants sont d'ethnie, de confession ou d'idéologies différentes. Sont notamment assimilés à la guerre civile : une rébellion armée, une révolution, une sédition, une insurrection, un coup d'état, les conséquences d'une loi martiale, de fermetures de frontière commandées par un gouvernement ou par des autorités locales. Il appartient à l'Assureur de faire la preuve que le sinistre résulte de l'un de ces faits de guerre civile.

Guerre étrangère

Opposition armée, déclarée ou non, d'un état envers un autre état. Sont aussi considérés comme guerre étrangère une invasion, un état de siège. Si un accident a lieu, il appartient à l'Assuré de prouver que le sinistre résulte d'un fait autre qu'un fait de guerre étrangère.

4 - PRISE D'EFFET ET DUREE DES GARANTIES DU CONTRAT

La garantie prend effet au plus tôt à la date de départ zéro heure, mentionnée sur la Demande d'adhésion et cesse dès le retour de l'Assuré à son Domicile ou au plus tard 30 jours après la date de départ. Elle est acquise à l'Assuré 24 heures sur 24 pendant toute la durée de son Voyage conformément aux dates et pays de destination indiqués sur sa Demande d'adhésion.

Dans tous les cas la période de garantie ne peut excéder 30 jours consécutifs.

5 - LA GARANTIE FRAIS MEDICAUX

OBJET DE LA GARANTIE

La garantie prévoit le remboursement des frais médicaux (soins, frais d'hospitalisation, frais pharmaceutiques, honoraires, frais d'ambulance) que l'Assuré a engagés, dans la limite définie au « Tableau des garanties ».

Ces débours doivent être exclusivement prescrits par une autorité médicale titulaire des diplômes ou autorisations requis dans le pays où elle exerce et légalement habilitée à la pratique de son art.

Cette garantie est limitée au remboursement des frais réels engagés par l'Assuré.

MESURE PARTICULIÈRE À PRENDRE EN CAS D'HOSPITALISATION

En cas d'Accident ou de Maladie de l'Assuré nécessitant son Hospitalisation, l'Assuré (ou son représentant légal) doit préalablement, sauf en cas de force majeure, contacter l'Assisteur qui lui communiquera les coordonnées complètes de l'établissement hospitalier agréé le plus proche de l'endroit où l'Assuré se situe.

Si du fait de son état, l'Assuré (ou son représentant légal) se trouvait dans l'impossibilité d'établir ce contact avant son Hospitalisation, il contactera l'Assisteur dès que son état le lui permettra.

En cas de refus de la part de l'établissement hospitalier d'accepter la prise en charge directe des frais par l'Assisteur, l'Assuré fera l'avance de ces frais et sera remboursé dans la limite par personne et par dossier, définie au « Tableau des garanties ».

PRÉCISIONS SUR LES PLAFONDS DE GARANTIE

- **Frais médicaux hors hospitalisation** : 75 % des frais réels dans la limite, par personne et par dossier, définie au « Tableau des garanties » et des Frais Courants Raisonables et sous déduction d'une franchise par dossier indiquée au « Tableau des garanties ».
- **Frais médicaux hospitalisation** : de 90 à 100 % des frais réels dans la limite, par personne et par dossier, définie au « Tableau des garanties » et des Frais Courants Raisonables.
- **Soins dentaires d'urgence** : 75 % des frais réels dans la limite, par personne et par an, définie au « Tableau des garanties » et des Frais Courants Raisonables sous déduction d'une Franchise par dossier indiquée au « Tableau des garanties », lors de frais occasionnés par une prestation dentaire à caractère d'urgence (ne pouvant être différée dans le temps, des suites de l'état pathologique de l'Assuré) et pratiqués pour les soins suivants : pansement, obturation, dévitalisation ou extraction.
- **Prothèses dentaires suite à accident** : 75 % des frais réels dans la limite, par personne et par an, définie au « Tableau des garanties » sous déduction d'une Franchise par dossier indiquée au « Tableau des garanties », si à la suite d'un accident garanti, vous devez faire l'objet de soins nécessitant une prothèse dentaire.

6 - LA GARANTIE ASSISTANCE, RAPATRIEMENT

CONDITIONS D'INTERVENTION

Pour toute intervention l'Assuré ou son représentant doit impérativement contacter au préalable l'Assisteur. Les coordonnées sont reportées au chapitre QUE FAIRE EN CAS DE SINISTRE et sur la Carte d'assistance. Dans tous les cas, seules les autorités médicales de l'Assisteur sont habilitées à décider du rapatriement, du choix des moyens de transport et du lieu d'hospitalisation et se mettent si nécessaire en rapport avec le médecin traitant sur place et/ou le médecin de famille.

Les réservations sont faites par l'Assisteur qui est en droit de demander à l'Assuré, les titres de transport non utilisés. L'Assisteur n'est tenu qu'à la prise en charge des frais complémentaires à ceux que l'Assuré aurait dû normalement exposer pour son retour.

NATURE DES PRESTATIONS ET GARANTIES

Transport de l'Assuré au centre médical

L'Assisteur organise et prend en charge le transport de l'Assuré vers un établissement hospitalier mieux approprié ou mieux équipé.

Selon la gravité et les circonstances, il est transporté par chemin de fer 1^{ère} classe, en place assise, couchette ou wagon-lit, ambulance ou véhicule sanitaire léger, avion de ligne régulière en place assise ou en civière, avion sanitaire privé.

Rapatriement de l'Assuré à son Domicile

L'Assisteur rapatrie l'Assuré à son Domicile lorsqu'il est en état de quitter l'établissement hospitalier. Le rapatriement ainsi que les moyens les mieux adaptés sont décidés et choisis par l'Assisteur dans les mêmes conditions que ci-dessus.

Rapatriement du corps en cas de décès de l'Assuré

En cas de décès de l'Assuré survenant au cours du Séjour, l'Assisteur prend en charge et organise le transport du corps de l'Assuré jusqu'à son Domicile.

Les frais d'inhumation, d'embaumement, de cercueil et de cérémonie sauf s'ils sont rendus obligatoires par la législation locale, ne sont pas pris en charge au titre du présent contrat.

7 - LES EXCLUSIONS DU CONTRAT

EXCLUSIONS COMMUNES A TOUTES LES GARANTIES

Sont toujours exclus de toutes les garanties contractuelles :

- Tout voyage (ou déplacement*) à destination de, ou effectué dans, ou en traversant les pays suivants : Iran, North Korea, Syria, Cuba, Crimea ou Soudan.
- Tout Assuré ou Bénéficiaire figurant sur toute base de données officielle, gouvernementale ou policière de personnes avérées ou présumées terroristes, membres d'organisation terroriste, trafiquants de stupéfiants, ou impliqués en tant que fournisseur dans le commerce illégal d'armes nucléaires, chimiques ou biologiques.
- Les accidents causés ou provoqués intentionnellement par l'Assuré ou le bénéficiaire du contrat.
- Les conséquences du suicide consommé ou tenté de l'Assuré.
- L'absorption de drogues, stupéfiants, substances analogues et médicaments non prescrits par une autorité médicale habilitée et leurs conséquences.
- Les conséquences de l'état alcoolique de l'Assuré caractérisé par la présence dans le sang d'un taux d'alcool pur égal ou supérieur à celui fixé par la loi française régissant la circulation automobile.
- Les maladies nerveuses ou mentales, sauf dispositions contraires mentionnées au présent contrat.

Sont également exclus les accidents survenant dans les circonstances suivantes :

- Lorsque l'Assuré pratique un sport à titre professionnel, pratique ou prend part à une course amateur nécessitant l'utilisation d'un engin terrestre, aérien ou aquatique à moteur.
- Lorsque l'Assuré utilise en tant que pilote ou passager un ULM, deltaplane, aile volante, parachute ou parapente.
- Lorsque l'Assuré participe à des rixes (sauf cas de légitime défense), des crimes, des paris de toute nature.

EXCLUSIONS SPECIFIQUES AUX GARANTIES FRAIS MEDICAUX ET ASSISTANCE, RAPATRIEMENT

Outre les exclusions communes, ne sont jamais garantis :

- Les affections ou lésions bénignes pouvant être traitées sur place (pour la garantie Assistance, rapatriement uniquement).
- Les rechutes de maladies antérieurement constatées comportant un risque d'aggravation brutale et proche non consolidée.
- Les frais d'inhumation, d'embaumement et de cérémonie, sauf s'ils sont rendus obligatoires par la législation locale.
- Les frais engagés par l'Assuré sans l'accord préalable de l'Assisteur.
- Les frais de restauration, d'hôtel, de route, de péage, de carburant, de taxi ou de douane sauf ceux prévus au titre des garanties.
- Les faits susceptibles de sanction pour acte criminel selon la législation du pays dans lequel se trouve l'Assuré.
- Les frais médicaux engagés dans le pays de domiciliation de l'Assuré sauf dans les cas prévus au titre de la garantie.
- Les conséquences ou rechutes d'accident ou maladie antérieurement constaté et les frais médicaux occasionnés par le diagnostic ou le traitement d'un état physiologique (grossesse) déjà connu avant la date de la prise d'effet de la garantie.
- L'état de grossesse, les frais liés à la maternité, les interruptions volontaires de grossesse et leurs conséquences, sauf en cas de nécessité médicalement reconnue ou suite à un Accident ou une Maladie garanti, les traitements liés à l'infécondité.
- Les frais médicaux consécutifs aux cas de dorsalgie, lombalgie, lombosciatique, hernie discale, pariétale, intervertébrale, crurale, scrotale, inguinale de ligne blanche et ombilicale.
- Les cures thermales, rééducations, frais de lunettes, verres de contact, prothèses de toute nature, examens et tests de routine ou bilans de santé, tests ou traitements préventifs, examens et tests de contrôle non consécutifs à un accident une maladie garanti.
- Les frais de transplantation d'organes non nécessités par un Accident ou une Maladie garanti.
- Les frais de Chirurgie esthétique ou reconstructive et Traitement de Confort tels que définis au présent contrat.
- Les frais de vaccination, de séances d'acupuncture, de kinésithérapie, d'un chiropracteur ou d'un ostéopathe non consécutifs à un Accident ou une Maladie garanti.
- Les frais et traitements non prescrits par une autorité médicale habilitée.
- Les moyens de contraception.

8 - QUE FAIRE EN CAS DE SINISTRE

A LA DECLARATION DU SINISTRE

1 POUR LES PRESTATIONS D'ASSISTANCE ET LA PRISE EN CHARGE DIRECTE DES FRAIS D'HOSPITALISATION :

- Contacter obligatoirement et préalablement à toute intervention, exclusivement l'Assisteur.
- Indiquer le numéro du présent contrat d'assurance et le N° d'identification de l'Assuré figurant sur la Carte d'assistance.
 - Après vérification, l'Assisteur délivre un numéro de prise en charge.
 - Le paiement des frais est alors effectué directement à l'hôpital par l'Assisteur.

Coordonnées de l'Assisteur : (également reportées sur la Carte d'assistance)

Pour les prestations d'assistance et prise en charge des frais médicaux hospitalisation exclusivement
AVA ASSISTANCE

Téléphone : 01.49.02.42.11 depuis la France
1.888.558.2691 depuis les USA et Canada (appel gratuit)
33.1.49.02.42.11 depuis le reste du monde
Fax : 01.55.92.40.69 depuis la France
33.1.55.92.40.69 depuis l'Etranger

2 - POUR TOUTES LES AUTRES GARANTIES DU CONTRAT

Pour bénéficier au plus vite de son indemnisation, l'Assuré ou son représentant légal doit, sous peine de déchéance, déclarer tout sinistre de nature à entraîner les garanties du contrat à partir du moment où il en a eu connaissance dans les 15 jours ouvrés.

TOUTE DECLARATION DEVRA ETRE ENVOYEE AU CENTRE DE GESTION DES SINISTRES A L'ADRESSE SUIVANTE :

AVA Assurances
25 rue de Maubeuge
75009 – PARIS – France
Téléphone : De France : 01.53.20.44.23
De l'étranger : 33.1.53.20.44.23
Fax : De France : 01.42.85.33.69
De l'étranger : 33.1.42.85.33.69

En cas de non-déclaration ou de déclaration tardive, les garanties ne seront plus accordées si l'Assureur établit que ce retard lui a causé un préjudice, à moins de ne justifier que, par suite d'un cas fortuit ou de force majeure, la déclaration dans le délai imparti a été rendue impossible (art. L 113-2 du Code des assurances).

B - LES DOCUMENTS NECESSAIRES AU REGLEMENT DU SINISTRE

DANS TOUS LES CAS L'ASSUREUR AURA IMPERATIVEMENT BESOIN DES ELEMENTS SUIVANTS POUR ETABLIR LE DOSSIER :

- Le numéro d'identification de l'Assuré et le N° de contrat (reportés sur la Carte d'assistance).
- Une copie de la Demande d'adhésion au présent contrat.

Pour un traitement rapide et efficace du dossier, détacher, compléter et joindre à la déclaration, la fiche de "déclaration de sinistre" pré-établie.

De plus, selon les circonstances l'Assureur aura également besoin des pièces suivantes :

POUR LA GARANTIE FRAIS MEDICAUX HORS HOSPITALISATION :

- Les justificatifs originaux des dépenses.
- Questionnaire médical complété par le médecin traitant

L'Assuré ne peut proposer aucun accord, promesse, offre, paiement ou indemnisation sans l'accord écrit de l'Assureur.

Si des pièces médicales complémentaires ou tout autre document justificatif selon les garanties concernées, s'avèrent nécessaires pour le règlement du Sinistre, l'Assuré en sera personnellement averti par le Centre de gestion des Sinistres ou l'Assureur.

C - LE REGLEMENT DU SINISTRE

Tout règlement ne pourra se faire qu'après remise d'un dossier complet accompagné des pièces demandées par le Centre de gestion des sinistres.

Après accord des parties, l'indemnité est payable sans intérêt dans le délai de 15 jours de sa fixation.

Si un contrôle d'experts s'avérait nécessaire pour le règlement du Sinistre et que sans motif valable l'Assuré ou le représentant légal refusait de s'y soumettre et, si après avis donné quarante huit heures à l'avance par lettre recommandée, il persistait dans son refus, l'Assureur se verrait dans l'obligation de le déchoir de tout droit à indemnité pour le Sinistre en cause.

Aggravation indépendante du fait accidentel ou pathologique

Toutes les fois que les conséquences d'un accident ou d'une maladie sont aggravées par un traitement empirique, par le refus ou la négligence de l'Assuré de se soumettre aux soins médicaux nécessités par son état, l'indemnité est calculée non pas sur les suites effectives du cas, mais sur celles qu'elles auraient eues chez un sujet de santé normale soumis à un traitement médical rationnel et approprié.

Expertise

Les dommages sont évalués de gré à gré ou à défaut par une expertise amiable, sous réserve des droits respectifs des parties. Chacune des parties choisit un expert. Si les experts ainsi désignés ne sont pas d'accord, ils s'adjoignent un troisième expert. Les trois experts opèrent en commun accord et à la majorité des voix. Faute par l'une des parties de nommer son expert, ou par les deux experts de s'entendre sur le choix du troisième, la désignation est effectuée par le tribunal de commerce dans le ressort duquel le sinistre s'est produit. Cette nomination a lieu sur simple requête de la partie la plus diligente faite au plus tôt 15 jours après l'envoi à l'autre partie d'une lettre recommandée de mise en demeure avec avis de réception.

Chaque partie paie les frais et honoraires de son expert et s'il y a lieu, la moitié des honoraires du tiers expert et des frais de sa nomination.

Subrogation ou recours contre les responsables du sinistre

Pour la garantie Frais médicaux, lorsqu'une indemnité a été versée, l'Assureur est substitué dans les droits et actions de l'Assuré à concurrence de cette indemnité contre tout responsable du dommage. Ces dispositions ne s'appliquent pas, sauf en cas de malveillance, aux enfants, descendants, ascendants, préposés de l'Assuré, ainsi qu'à toute personne vivant habituellement à son foyer.

9 - DISPOSITIONS DIVERSES

DECLARATION DU RISQUE

Conformément à la loi, le présent contrat est établi d'après les déclarations de l'Assuré. Il doit en conséquence répondre aux questions posées par l'Assureur au moyen de la Demande d'adhésion, qui sont de nature à lui faire apprécier les risques qu'il prend à sa charge (Art. L 113-2 du Code des assurances).

SANCTIONS EN CAS DE FAUSSES DECLARATIONS

1- Sanction en cas de fausse déclaration intentionnelle

Toute inexactitude, omission, réticence ou fausse déclaration intentionnelle de la part du Souscripteur ou de l'Assuré portant sur les éléments constitutifs du risque à l'adhésion du contrat ou en cours de contrat, est sanctionnée même si elle a été sans influence sur le Sinistre, par la nullité du contrat (articles L 113-8 du Code des assurances).

2- Sanction en cas de fausse déclaration non intentionnelle

En cas d'omission, réticence, fausse déclaration non intentionnelle dans la déclaration du risque, constatée avant tout sinistre, l'Assureur a le droit de résilier le contrat dix jours après notification par lettre recommandée, en restituant la portion de la cotisation payée pour le temps où l'assurance ne court plus. En cas d'omission, réticence, fausse déclaration non intentionnelle, constatée après sinistre, l'indemnité est réduite en proportion du taux des cotisations payées par rapport au taux des cotisations qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

PRESCRIPTION

Conformément aux dispositions prévues par les articles L114-1 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 :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Assureur en a eu connaissance ;

2° 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 la 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 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.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription, notamment par :

- toute citation en justice, y compris en référé, tout commandement ou saisie, signifiés à celui que l'on veut empêcher de prescrire ;
- toute reconnaissance non équivoque par l'Assureur du droit à garantie de l'Assuré, ou toute reconnaissance de dette de l'Assuré envers l'Assureur ; ainsi que dans les autres cas suivants prévus par l'article L114-2 du code des assurances ;
- toute désignation d'expert à la suite d'un Sinistre ;
- tout envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception par :
 - l'Assureur à l'Assuré pour non-paiement de la prime
 - l'Assuré à l'Assureur pour règlement de l'indemnité.

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.

CONTROLE DE L'ASSUREUR

AIG Europe SA, compagnie d'assurance, immatriculée au Luxembourg (RCS n° B 218806) dont le siège social est sis 35 D Avenue J.F. Kennedy, L-1855, Luxembourg. AIG Europe SA est agréée par le Ministère Luxembourgeois des Finances et contrôlée par le Commissariat aux Assurances 7, boulevard Joseph II, L-1840 Luxembourg, GD de Luxembourg, Tel.: (+352) 22 69 11 - 1, caa@caa.lu, <http://www.caa.lu/>. Le rapport annuel sur la solvabilité et la situation financière d'AIG Europe SA est disponible sur le site <http://www.aig.lu/>.

Succursale pour la France Tour CB21 - 16 Place de l'Iris 92400 Courbevoie - RCS Nanterre 838 136 463.

La commercialisation de contrats d'assurance en France par la succursale française d'AIG Europe SA est soumise à la réglementation française applicable, sous le contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09. <https://acpr.banque-france.fr/>.

RECLAMATION, MEDIATEUR

POLICE 4.089.008 PROCEDURE DE RECLAMATION

En cas d'insatisfaction relative à la conclusion ou à l'exécution du contrat, le Souscripteur, l'Assuré ou le Bénéficiaire doit adresser sa réclamation au Service Réclamations d'AVA à l'adresse suivante :

25 RUE DE MAUBEUGE 75009 PARIS
ou par email : reclamation@ava.fr

La demande devra indiquer le n° du contrat et préciser son objet.

Le Service Réclamations d'AVA s'engage à accuser réception dans les 5 (cinq) jours et à apporter une réponse au plus tard dans les 30 (trente) jours suivant la date de réception de cette première réclamation (sauf circonstances particulières dont l'Assuré, le Souscripteur ou le Bénéficiaire) sera alors tenu informé

POLICE 4.089.008 PROCEDURE D'ESCALADE

En cas de rejet ou de refus de faire droit en tout ou en partie à la réclamation par Service Réclamations d'AVA, le Souscripteur, l'Assuré ou le Bénéficiaire peut élever sa réclamation au niveau de la succursale française de AIG en écrivant par email à reclamationaig@ava.fr

La succursale française de AIG s'engage à accuser réception dans les 5 (cinq) jours ouvrables et à apporter une réponse au plus tard dans les 30 (trente) jours suivant la date de réception de la réclamation par la succursale française de AIG (sauf circonstances particulières dont le Souscripteur, l'Assuré ou le Bénéficiaire sera alors tenu informé).

Lorsque le réclamant est une personne physique agissant à des fins non professionnelles et que le désaccord persiste après la réponse apportée par la succursale française de AIG, le réclamant peut saisir le Médiateur de l'Assurance français par courrier à l'adresse suivante : La Médiation de l'Assurance, TSA 50110, 75441 Paris Cedex 09, ou en remplissant le formulaire en ligne disponible sur le site www.mediation-assurance.org.

AIG Europe SA étant une compagnie d'assurance luxembourgeoise, la personne physique concernée peut également, si le désaccord persiste après la réponse apportée par la succursale française de AIG ou en l'absence de réponse passé un délai de 90 jours :

1. élever la réclamation au niveau du siège social de AIG, soit par courrier en écrivant à AIG Europe SA « Service Réclamation Niveau Direction », 35D avenue John F. Kennedy, L-1855 Luxembourg, soit par email en écrivant à l'adresse suivante : aigeurope.luxcomplaints@aig.com ;
2. saisir l'un des organismes de médiation Luxembourgeois dont les coordonnées figurent sur le site internet du siège de AIG à l'adresse suivante <http://aig.lu> ; ou
3. présenter un recours extra judiciaire devant le Commissariat Aux Assurances luxembourgeois (CAA), soit par voie postale à l'adresse du CAA, 7 boulevard Joseph II, L-1840 Luxembourg, soit par télécopie adressée au CAA au +352 22 69 10, soit par email en écrivant à reclamation@caa.lu, soit en ligne sur le site internet du CAA <http://www.caa.lu>.

Aucun des recours amiables visés ci-dessus ne saurait porter préjudice au droit de la personne concernée à tenter une action en justice.

La politique de AIG en matière de satisfaction client est disponible sur son site à l'adresse suivante : <http://www.aig.com>

Si le contrat a été souscrit par internet, la personne concernée a également la possibilité d'utiliser la plateforme de Résolution des Litiges en Ligne (RLL) de la Commission Européenne à l'adresse suivant : <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>

ELECTION DU DOMICILE

L'Assureur et ses mandataires élisent domicile à l'adresse de sa succursale en France: AIG Tour CB 21-16 place de l'Iris - 92400 Courbevoie.

SUBROGATION

Conformément à l'Article L 121-12 du Code des Assurances, en cas de règlement partiel ou total d'indemnités, l'Assureur est subrogé automatiquement dans tous droits et actions de l'Assuré, à concurrence du montant des Indemnités réglées.

DROIT ET LANGUES APPLICABLES

Le présent contrat collectif est régi par le droit français. La langue française s'applique.

DECLARATION DES AUTRES ASSURANCES

Si le Souscripteur a souscrit, au cours de la période d'assurance du présent contrat d'autres contrats d'assurance pour des risques identiques, il doit le déclarer à l'Assureur sous réserve des sanctions prévues aux articles L.113-8 (nullité du contrat) et L.113-9 (réduction des indemnités) du Code des Assurances.

DEMANDE D'INFORMATION

Il est convenu qu'à tout moment, l'Assureur se réserve le droit de demander au Souscripteur, toute information permettant d'apprécier sa juste valeur, l'évolution du risque lié au contrat.

AGGRAVATION DU RISQUE

Lorsque la modification constitue une aggravation du risque (à l'exception des modifications de l'état de santé) telle que, si le nouvel état des choses avait existé lors de la souscription du contrat, l'Assureur n'aurait pas contracté ou ne l'aurait fait que moyennant une prime plus élevée, l'Assureur peut proposer un nouveau taux de prime.

Si le Souscripteur n'accepte pas ce nouveau taux dans les trente jours qui suivent la proposition, l'Assureur peut résilier le contrat au terme de ce délai, à condition d'avoir informé l'assuré de cette faculté, en la faisant figurer en caractères apparents dans la lettre proposition.

REMISE DE LA NOTICE D'INFORMATION

Conformément à l'article L.141-4 du Code des Assurances, le Souscripteur s'engage à remettre à tout Assuré adhérent au présent contrat, la notice d'information rédigée à cet effet.

ASSURANCES MULTIPLES

En aucun cas, un Assuré ne peut être couvert par plus d'une adhésion au présent contrat même si celui-ci a réglé plusieurs fois des cotisations. Si cela était, l'Assureur est limité en tout état de cause aux garanties et plafonds de garanties correspondant à une adhésion au présent contrat.

CORRESPONDANCES

Toute demande de renseignements ou de précisions complémentaires et toutes déclarations de sinistre devront être adressées à :

AIG Europe Limited
Tour CB 21-16 place de l'Iris - 92040 Paris la Défense Cedex

Toute correspondance doit être communiquée selon les formes prescrites par la réglementation en vigueur. Si l'Assuré transmet ses coordonnées e-mail et/ou de téléphone portable, AIG se réserve le droit (sauf exercice par l'Assuré de son droit d'opposition) de lui transmettre des informations par e-mail et/ou par SMS.

PROTECTION DES DONNEES A CARACTERES PERSONNEL

L'Assureur s'engage à protéger les données à caractère personnel de ses clients, assurés et partenaires. Les données à caractère personnels recueillies par L'Assureur sont collectées aux fins de permettre (de manière automatisée ou non) la souscription ainsi que la gestion des contrats et des sinistres ou la prestation d'autres services.

L'Assureur peut également utiliser les données à caractère personnel recueillies dans le cadre de la prévention de la criminalité (en particulier en matière de lutte contre la fraude et le blanchiment d'argent).

L'Assureur peut communiquer les données à caractère personnel aux sociétés de son groupe, à des prestataires de services ainsi qu'à d'autres tiers à ces mêmes fins. Les données à caractère personnel peuvent être transférées à l'étranger, y compris vers des pays qui ne font pas partie de l'Espace économique européen. Ces transferts sont encadrés par des garanties appropriées, notamment contractuelles, conformément à la réglementation européenne applicable. Les personnes concernées disposent de certains droits relatifs à leurs données à caractère personnel et en particulier des droits d'accès, de rectification, de limitation à l'utilisation, d'opposition, d'effacement ou de portabilité. Par ailleurs, dans le cadre des prestations d'assistance, afin de contrôler la qualité des services rendus et de fournir lesdites prestations, les conversations téléphoniques entre les Assurés et les services de l'Assureur, agissant pour le compte de l'Assureur, peuvent être enregistrées. Les données nominatives qui seront recueillies lors cet appel sont indispensables à la mise en œuvre des prestations d'assistance. Des informations complémentaires sur l'utilisation des données à caractère personnel par l'Assureur et sur les droits des personnes concernées sont disponibles sur <http://www.aigassurance.fr/protection-des-donnees-personnelles>. Toute personne concernée peut exercer ses droits en écrivant à : AIG Service Conformité, Tour CB21-16 Place de l'Iris - 92040 Paris La Défense Cedex ou par e-mail à donneespersonnelles@aig.com. Un exemplaire de la Politique de protection des données à caractère personnel de l'Assureur peut être obtenu en écrivant comme indiqué ci-dessus.

LOI APPLICABLE ET COMPETENCE JURIDICTIONNELLE

Le présent contrat est un contrat d'assurances de groupe régi par le droit français et notamment le Code des Assurances. Tout différend susceptible d'être généré par son interprétation, son exécution ou inexécution sera soumis à la compétence exclusive des juridictions françaises.